

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/56958>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-06 and may be subject to change.

“Das kommt alles aus meiner Kindheit” - ein Satz, den sicher fast jeder schon einmal gehört hat, insbesondere dann, wenn bei einem anderen ein zwischenmenschliches oder ein psychisches Problem auftritt. Was aber kommt hinsichtlich psychischer Störungen tatsächlich aus der Kindheit? Welche Probleme bzw. Störungen aus dem Kindesalter hängen nun mit welchen Problemen oder Störungen im späteren Leben zusammen? Die vorliegende Arbeit geht dieser Frage nach. Dazu werden die Angaben von über 2000 jungen Frauen ausgewertet, die für ihre Altersgruppe und ihre Region repräsentativ sind. Mit den Probandinnen wurde ein auf aktuellen Störungskriterien (DSM-IV, APA, 1994) basierendes diagnostisches Interview durchgeführt, und dabei wurden frühere und aktuelle Störungen und Symptome erfasst. Etwas weniger als die Hälfte der jungen Frauen litt irgendwann in ihrem Leben an einer psychischen Störung. Dabei konnte beobachtet werden, dass viele Angststörungen tatsächlich vom Kindes- ins Erwachsenenalter fortbestehen, dass aber expansive und Ausscheidungsstörungen meist im Laufe der Zeit remittieren, oftmals aber mit späteren affektiven oder anderen Störungen sowie bestimmten soziodemographischen Merkmalen zusammenhängen.

ISBN 3-9810745-1-3



Veneta Türke - Psychische Störungen im Kindesalter und ihr Zusammenhang mit psychischen Störungen im Erwachsenenalter

Psychische Störungen im Kindesalter und ihr Zusammenhang mit psychischen Störungen im Erwachsenenalter



Veneta Türke

**Psychische Störungen im Kindesalter und ihr Zusammenhang mit
psychischen Störungen im Erwachsenenalter**

Psychische Störungen im Kindesalter und ihr Zusammenhang mit psychischen Störungen im Erwachsenenalter

Psychische stoornissen op kinderleeftijd en de samenhang met
psychische stoornissen op volwassenleeftijd

een wetenschappelijke proeve op het gebied van de

Sociale Wetenschappen

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Radboud Universiteit Nijmegen
op gezag van de Rector Magnificus prof. dr. C.W.P.M. Blom,
volgens besluit van het College van Decanen
in het openbaar te verdedigen op maandag 3 april 2006
des namiddags om 3.30 uur precies

door
Veneta Türke
geboren op Rodewisch, Duitsland,
te 8 juli 1973

Promotor: Prof. Dr. E.S. Becker

Manuscriptcommissie:

Prof. Dr. C.P.F. van der Staak

Prof. Dr. C.M.H. Hosman

Prof. Dr. J. Margraf, University of Basel

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese
Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet
über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 3-9810745-1-3

© 2005 Verlag Dr. Stephan
Alle Rechte vorbehalten
Umschlaggestaltung: Heiko Teubner

Mental disorders during childhood and their associations with
mental disorders during adulthood

A scientific essay in Social Sciences

Doctoral thesis

to obtain the degree of doctor
from the Radboud University Nijmegen
on the authority of the Rector, Prof. C.W.P.M. Blom,
according to the decision of the Council of Deans
to be defended in public on Monday, 3 April 2006
at 3:30 pm precisely

by
Veneta Türke
born in Rodewisch, Germany,
on July 8th, 1973

Doctoral supervisor: Prof. Dr. E.S. Becker

Doctoral Thesis Committee:

Prof. Dr. C.P.F. van der Staak

Prof. Dr. C.M.H. Hosman

Prof. Dr. J. Margraf, University of Basel

Inhalt

Kapitel 0 Kurzzusammenfassung	10
Kapitel 1 Einleitung	11
Kapitel 2 Entwicklungspsychopathologie - ein neues, altes Konzept	12
2.1 Einleitung	12
2.2 Entwicklungstheorien innerhalb der Entwicklungspsychopathologie	12
2.3 Störungsdefinition in der Entwicklungspsychopathologie.....	14
2.4 Psychische Störungen und psychische Entwicklung.....	15
2.5 Anwendung entwicklungspsychopathologischer Erkenntnisse auf die zugrunde gelegte Studie	20
Kapitel 3 Beschreibung der erfassten psychischen Störungen mit Schwerpunkt auf Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter	22
3.1 Einleitung	22
3.2 Angststörungen.....	23
3.2.1 Störung mit Trennungsangst (TAS)	24
3.2.2 Spezifische Phobie	26
3.2.3 Soziale Phobie	28
3.2.4 Andere Angststörungen.....	30
3.2.4.1 Generalisierte Angststörung (GAS).....	30
3.2.4.2 Zwangsstörung.....	31
3.2.4.3 Posttraumatische Belastungsstörung (PTB)	32
3.2.4.4 Agoraphobie und Panikstörung	32
3.3 Expansive Störungen.....	33
3.3.1 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	34
3.3.2 Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (SOT) und Störung des Sozialverhaltens (SSV)	36
3.4 Ausscheidungsstörungen – insbesondere Enuresis	39
3.5 Affektive, somatoforme, Ess- und substanzgebundene Störungen	41
3.5.1 Affektive Störungen	41
3.5.2 Somatoforme Störungen.....	42
3.5.3 Ess-Störungen	44
3.5.4 Substanzgebundene Störungen.....	45
Kapitel 4 Epidemiologische Studien zu psychischen Störungen im Kindesalter und ihrem Verlauf	46
4.1 Einleitung	46

4.2	Begriffe und Studiendesigns	48
4.3	Überblick über eine Auswahl epidemiologischer Studien zu psychischen Störungen im Kindesalter und ihrem Verlauf.....	50
4.4	Deutschsprachige Vergleichsstudien.....	79
4.5	Zusammenfassung und Kritik	90
Kapitel 5	Fragestellungen	94
Kapitel 6	Methoden	101
6.1	Studie.....	101
6.2	Stichprobenziehung.....	101
6.3	Stichprobenbeschreibung	103
6.4	Diagnostisches Interview	106
6.4.1	Vorstellung des F-DIPS und Diagnosestellung.....	106
6.4.2	Reliabilität und Validität des F-DIPS	109
6.4.3	Interviewer und Qualitätssicherung	112
6.5	Dateneingabe und Korrektur	113
6.6	Umgang mit Altersangaben.....	114
6.7	Statistische Analyse.....	116
Kapitel 7	Ergebnisse	119
7.1	Prävalenzen	119
7.1.1	Lebenszeit- und Ein-Jahres-Prävalenz	119
7.1.2	Prävalenzraten im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter	121
7.1.3	Zusammenfassung und Diskussion	129
7.2	Erstauftretensalter und altersbezogene Häufigkeit psychischer Störungen	132
7.2.1	Erstauftretensalter psychischer Störungen	132
7.2.2	Altersbezogene Häufigkeit und kumulierte Lebenszeitinzidenz psychischer Störungen	137
7.2.3	Zusammenfassung und Diskussion	145
7.3	Komorbidität	147
7.3.1	Anzahl der Diagnosen in verschiedenen Altersabschnitten	147
7.3.2	Komorbidität nach Störungsgruppen und Einzelstörungen im Kindesalter	148
7.3.3	Zusammenfassung und Diskussion	152
7.4	Charakteristika ausgewählter psychischer Störungen im Kindesalter	154
7.4.1	Charakteristika ausgewählter Angststörungen im Kindesalter	154
7.4.1.1	Spezifische Phobie.....	154
7.4.1.2	Soziale Phobie	155

7.4.1.3	Zwangsstörung.....	157
7.4.1.4	Störung mit Trennungsangst (TAS).....	157
7.4.2	Charakteristika expansiver Störungen im Kindesalter.....	158
7.4.2.1	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS).....	158
7.4.2.2	Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (SOT).....	160
7.4.2.3	Störung des Sozialverhaltens (SSV).....	161
7.4.3	Zusammenfassung und Diskussion.....	162
7.5	Störungen im Kindesalter und soziodemographische Charakteristika.....	163
7.5.1	Schul- und Ausbildungsabschlüsse.....	163
7.5.2	Beschäftigungssituation und sozioökonomischer Status.....	165
7.5.3	Partnerschaft und Kinder.....	167
7.5.4	Zusammenfassung und Diskussion.....	169
7.6	Psychische Störungen im Kindesalter und psychische Störungen im Erwachsenenalter bzw. innerhalb der letzten zwölf Monate.....	170
7.6.1	Angststörungen im Kindesalter und spätere psychische Störungen.....	175
7.6.2	Expansive Störungen im Kindesalter und spätere psychische Störungen....	179
7.6.3	Ausscheidungsstörungen im Kindesalter und spätere psychische Störungen.....	183
7.6.4	Logistische Regression über mehrere Störungen im Kindesalter.....	185
7.6.5	Komorbidität im Kindesalter und spätere psychische Störungen.....	191
7.6.6	Zusammenfassung und Diskussion.....	193
Kapitel 8	Zusammenfassung, Kritik, Ausblick	197
	Literatur.....	202
	Abkürzungen.....	208
	Tabellen.....	210
	Abbildungen.....	213
	Dank.....	214
	Abstract	215
	Kortsamenvatting	216
	Anhang:	
I	Diagnosekriterien nach DSM-IV und ICD 10	I
II	Nicht ausgewählte epidemiologische Studien	XXXIV
	Curriculum vitae - Lebenslauf	XXXVIII

Kapitel 0 Kurzzusammenfassung

In der Literatur finden sich trotz eines deutlich wachsenden Forschungsinteresses nach wie vor eher lückenhafte und widersprüchliche Beobachtungen hinsichtlich psychischer Störungen im Kindesalter und deren Zusammenhänge mit späteren psychischen oder sozialen Problemen.

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer repräsentativen Befragung von 2064 jungen Frauen in Dresden mit Hilfe eines strukturierten diagnostischen Interviews. Dabei wurden psychische Störungen für die gesamte Lebenszeit der befragten jungen Frauen erfasst. Störungen im Kindesalter wurden retrospektiv erfasst.

Insgesamt wurde eine Lebenszeitprävalenz von 41,3% für das Vorliegen irgendeiner psychischen Störung beobachtet. Im Kindesalter waren Angst-, expansive und Ausscheidungsstörungen am häufigsten diagnostiziert worden, im Erwachsenenalter Angst- und affektive Störungen. Spezifische und Soziale Phobien sowie Zwangsstörungen weisen eine hohe Stabilität vom Kindes- ins Erwachsenenalter auf. Expansive und Ausscheidungsstörungen sowie Störung mit Trennungsangst remittierten meist vom Kindes- zum Erwachsenenalter. Diejenigen jungen Frauen, die sich einer solchen Störung erinnerten, waren aber mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit auch als Erwachsene von einer psychischen Störung betroffen als im Kindesalter gesunde junge Frauen. Spezifische Zusammenhänge fanden sich zwischen Spezifischer und Sozialer Phobie sowie Störung mit Trennungsangst und Störung mit oppositionellem Trotzverhalten im Kindesalter und Depression im Erwachsenenalter, zwischen Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung im Kindesalter und bipolaren Störungen im Erwachsenenalter sowie zwischen Störung des Sozialverhaltens im Kindesalter und Substanzstörungen im Erwachsenenalter. Nicht beobachtet wurden die teilweise beschriebenen Zusammenhänge zwischen Störung mit Trennungsangst und Panikstörung mit bzw. ohne Agoraphobie, zwischen Störung mit oppositionellem Trotzverhalten und Substanzstörungen sowie zwischen Störung des Sozialverhaltens und Depression. Enuresis im Kindesalter wies einen unspezifischen Zusammenhang mit psychischen Störungen im Erwachsenenalter auf. Die Anzahl im Kindesalter bestehender Störungen hat keinen wesentlichen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung im Erwachsenenalter – sobald sich an eine Störung im Kindesalter erinnert wird, ist die Wahrscheinlichkeit für eine Störung im Erwachsenenalter signifikant erhöht.

Kapitel 1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen im Kindesalter und psychischen Störungen im späteren Leben zu untersuchen. Frühes Erkennen eventuell vorhandener psychischer Störungen und deren gezielte Behandlung erhöhen die Lebensqualität Betroffener. Allerdings besteht bei psychischen Störungen im Kindesalter die Beeinträchtigung nicht nur hinsichtlich der momentanen Lebensumwelt des betroffenen Kindes, sondern eine Störung wirkt sich auch nachteilig auf die weitere psychische und soziale Entwicklung aus. Psychische Störungen sind erhebliche Risikofaktoren für weitere psychische Probleme. Um in der Behandlung betroffener Kinder auch späteren Problemen vorbeugen zu können, muss man die jeweiligen Entwicklungsverläufe psychischer Störungen und Lebenszeitkomorbiditäten kennen. Die Erforschung derartiger Zusammenhänge ist also für die Erarbeitung gezielter Präventionsprogramme von besonderer Relevanz.

Obwohl innerhalb der letzten Jahrzehnte psychische Störungen immer genauer erforscht werden konnten und auch verschiedene Modelle entwickelt wurden, die ihre Entstehung und Aufrechterhaltung beschreiben, gibt es diesbezüglich nach wie vor viele offene Fragen. Epidemiologische Längsschnittstudien haben gezeigt, dass es einerseits psychische Störungen im Kindesalter gibt, die remittieren und dass es andererseits auch psychische Störungen gibt, die bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen. Es stellt sich dabei aber die Frage, inwieweit Kinder, bei denen eine Störung remittiert, als Erwachsene gesund sind oder ob möglicherweise eine andere Störung auftritt. Zu spezifischen Komorbiditätsmustern über die Lebenszeit bzw. den natürlichen Verlauf von Störungen gibt es nach wie vor nur sehr lückenhafte und teilweise widersprüchliche Beobachtungen, jedoch wurde frühere Psychopathologie immer wieder als einer der Hauptrisikofaktoren für spätere Psychopathologie gefunden.

Die vorliegende Arbeit versucht, einen Beitrag zur genaueren Beschreibung von spezifischen Lebenszeitkomorbiditäten zu leisten. Zunächst erfolgt ihre kurze theoretische Einordnung in das Konzept der Entwicklungs-psychopathologie. Dann werden die betrachteten Störungen beschrieben und eine Auswahl epidemiologischer Studien vorgestellt, woraus sich die genauer zu betrachtenden Fragen ableiten lassen. Anschließend wird das methodische Vorgehen dargestellt. Schließlich werden die Ergebnisse auf Basis der Befragung von über 2000 jungen Frauen in Dresden präsentiert und diskutiert. Den Abschluss bildet eine kritische Betrachtung der vorliegenden Arbeit und ein Ausblick auf mögliche weitere Untersuchungen.

Kapitel 2 Entwicklungspsychopathologie - ein neues, altes Konzept

2.1 Einleitung

In der vorliegenden Arbeit werden psychische Störungen im Laufe der Entwicklung betrachtet. Damit lässt sich diese Arbeit dem Bereich der Entwicklungspsychopathologie zuordnen. Innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte wuchs die Entwicklungspsychopathologie schnell zu einer eigenständigen Wissenschaftsdisziplin, die versucht, Psychopathologie im Rahmen „normaler“ psychischer Entwicklung zu verstehen. Eine umfassende Beschreibung von Entwicklungspsychopathologie findet sich bei Attie, Brooks-Gunn und Petersen (1990):

Entwicklungspsychopathologie ist eine Entwicklungsperspektive bezüglich der Untersuchung von Psychopathologie. Sie betrachtet Kontinuitäten und Diskontinuitäten zwischen normalem Wachsen bzw. Reifen und psychischen Störungen, altersgebundenen Veränderungen bei Adaptation und Symptomausprägung, Verhaltensneuorganisation im Zuge bestehender entwicklungsbedingter Herausforderungen, internale und externale Quellen von Kompetenz und Vulnerabilität.

Achenbach (1990) beschreibt Entwicklungspsychopathologie als allgemeine Herangehensweise, die Beziehungen zwischen Entwicklung und ihren unangepassten Varianten untersucht. Erkenntnisse, die aus dieser Prozessbetrachtung gewonnen werden können, bieten sowohl Voraussetzungen für die Entwicklung geeigneter Präventionsprogramme als auch Grundlagen für Ätiologiemodelle psychischer Störungen. Entwicklungspsychopathologie steckt also auch den Rahmen für die vorliegende Arbeit ab. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick zu den beiden „Standbeinen“ der Entwicklungspsychopathologie gegeben. Zuerst erfolgt eine Zusammenfassung von Entwicklungstheorien, die für die Entwicklungspsychopathologie relevant sind, dann wird auf psychische Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung eingegangen. Der Schwerpunkt wird auf diesem „psychopathologischen Standbein“ liegen, da innerhalb dieser Arbeit keine Entwicklungstheorie überprüft werden kann.

2.2 Entwicklungstheorien innerhalb der Entwicklungspsychopathologie

Die Entwicklungspsychopathologie profitierte vorwiegend von drei Entwicklungstheorien, die vor den 70er Jahren die Verhaltensforschung dominierten (Petermann et al., 1998, Cicchetti, 1990). Es handelt sich dabei um

- die organismische Entwicklungstheorie Werners,
- die kognitive Entwicklungstheorie Piagets und
- die psychoanalytische Entwicklungstheorie Freuds.

Neben diesen drei Theorien erscheinen aber auch Eriksons psychosoziale Entwicklungstheorie und Bowlbys Bindungstheorie, die beide auf der psychoanalytischen Theorie

basieren, für den entwicklungspsychopathologischen Ansatz bedeutsam. Nach Werner (1957, zitiert nach Petermann et al., 1998) besteht Entwicklung im Übergang von einem Zustand relativer Globalität und mangelnder Differenziertheit zu einem Zustand zunehmender Differenzierung und hierarchischer Integration. Auf den Bereich psychischer Störungen übertragen, ist es wahrscheinlich, dass Störungen im Kindesalter diesen Entwicklungsprozess behindern und damit auch für das spätere Leben Konsequenzen insofern haben, dass bestimmte spätere Anforderungen nicht oder nur ungenügend bzw. ungünstig bewältigt werden. Dies erhöht dann wiederum die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer psychischen Störung in späteren Lebensabschnitten bzw. für das Fortbestehen von Störungen aus dem Kindesalter ins Erwachsenenalter hinein. Die kognitive, die psychoanalytische und die psychosoziale Entwicklungstheorie sind Stufentheorien, die jeweils davon ausgehen, dass ein Individuum bestimmte Stadien durchläuft. Dabei nehmen sie eine feste Reihenfolge dieser Stadien an und benennen auch das jeweils typische Lebensalter für die jeweilige Entwicklungsstufe; die Übergänge sind fließend. Störungen während eines solchen Entwicklungsschrittes können einen nachteiligen Einfluss auf das Durchlaufen folgender Entwicklungsstadien haben. Allerdings können auch Entwicklungsschritte nachgeholt werden, und somit ist ein „Nachreifen“ möglich. Es deutet sich also an, dass eine frühe Störung mit gewisser Wahrscheinlichkeit weitere Probleme nach sich zieht. Bowlby beschreibt in seiner Bindungstheorie die frühe Mutter-Kind-Beziehung und sieht in einer problematischen Mutter-Kind-Beziehung die Wurzeln für spätere psychische Probleme. Es zeigt sich also auch in diesen Theorien die große prädiktive Bedeutung, die Psychopathologie im Kindesalter für die Wahrscheinlichkeit psychischer Störungen in späteren Lebensabschnitten hat.

Die genannten Theorien gehen alle eher von einem organismischen Entwicklungskonzept aus. In einem solchen Modell wird das Individuum als organisiertes Ganzes beschrieben und seine dynamische Beziehung zur Umgebung betont. In mechanistischen Modellen wird von einem passiven, lediglich reagierenden Organismus ausgegangen. Im Gegensatz dazu kommt dem Individuum in organismischen Modellen eine aktive Rolle zu. Am stärksten wird diese aktive Rolle wohl im Konzept der „Entwicklung durch Handlung“ herausgearbeitet. Havighurst (1948, 1956, zitiert nach Flammer, 1996) prägte für Ziele oder Aufgaben, die in einem bestimmten Lebensabschnitt des Individuums anstehen, den Begriff der „Entwicklungsaufgabe“. Die erfolgreiche Bewältigung einer solchen Entwicklungsaufgabe ist wiederum Voraussetzung für den Erfolg bei späteren Aufgaben. Es kann also ein Zusammenhang zwischen unzureichend bewältigten Entwicklungsaufgaben in einem frühen Lebensabschnitt mit späteren problematischen Entwicklungsverläufen angenommen werden. Psychische Störungen im Kindesalter behindern die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und sind somit wesentliche Risikofaktoren für das spätere Auftreten oder Fortbestehen psychischer Störungen.

Insgesamt zeigen alle Theorien, dass Entwicklung ein fortschreitender Prozess ist, der auf Vorangegangenem aufbaut. Damit ist eine Entwicklung mit großer Wahrscheinlichkeit ungünstiger, wenn das Vorangegangene bereits problematisch ist, und dies kann sich im Laufe der Zeit potenzieren. Die genannten Theorien enthalten aber auch die Möglichkeit, un-

günstige Entwicklungsverläufe zu korrigieren. Es ist leicht zu erschließen, dass eine solche Korrektur natürlich einfacher ist, je früher ein ungünstiger Entwicklungsverlauf (eine Störung) erkannt, unterbrochen und berichtigt (behandelt) werden kann. Genau zu diesem ersten Schritt zur Korrektur ungünstiger Entwicklungsverläufe (Störungen), nämlich dem frühen Erkennen und Abschätzen solcher Verläufe (Therapie einer bestehenden Störung und Prävention weiterer Störungen), möchte die vorliegende Arbeit beitragen.

2.3 Störungsdefinition in der Entwicklungspsychopathologie

Die Psychopathologie als zweites „Standbein“ der Entwicklungspsychopathologie versucht, Erklärungen, Ursachen und Charakteristika psychischer Störungen zu finden, zu beschreiben und zu begründen. Auf Probleme der Abgrenzung von „Störung“, stark oder leicht abweichendem Verhalten und angemessenem, „normalen“ Verhalten wird im folgenden Abschnitt kurz eingegangen. Zeitliche Kopplung und wechselseitige Beeinflussung von psychischer Entwicklung und psychischen Störungen sollen im Anschluss betrachtet werden.

Möchte man psychische Störungen genauer untersuchen, ist es von grundlegender Bedeutung, von welchem Störungsbegriff ausgegangen wird. Daher wird im Folgenden insbesondere auf den Störungsbegriff in Bezug zur psychischen Entwicklung eingegangen. Es existieren mehrere Störungsmodelle, die aus verschiedenen wissenschaftlichen Schulen stammen und daher jeweils unterschiedliche Schwerpunkte bei der Definition des Störungsbegriffs setzen. Es lassen sich ein medizinisches (biologisches) Modell, verschiedene psychologische Modelle, ein abweichungstheoretisches Modell und ein soziokulturelles Modell zur Erklärung bzw. Beschreibung psychischer Störungen unterscheiden. Ein weiteres Modell kombiniert die genannten Modelle zu einem gemeinsamen multifaktoriellen Modell. Zur ausführlicheren Beschreibung dieser Modelle sei auf Petermann et al. (1998, S.39ff.) verwiesen. Innerhalb dieser Modelle wird nach einem angemessenen Störungskonzept gesucht. Erst die Kombination mehrerer Modelle bzw. Kriterien ermöglicht es, sowohl im physischen als auch im psychischen Bereich zwischen Störungen bzw. Krankheiten und Gesundheit zu unterscheiden. Solche Kriterien sind (Petermann et al., 1998):

- Devianz - Abweichung von statistischer Norm oder gesellschaftlichen Regeln,
- Leidensdruck - eigenes Denken, Handeln oder Fühlen verursachen Leiden,
- psychosoziale Beeinträchtigung - der Betroffene ist nicht mehr oder nur noch eingeschränkt in der Lage, alltäglichen, sozialen und beruflichen Erfordernissen nachzukommen, und
- Gefährdung - der Betroffene kann für sich selbst oder andere gefährlich werden.

Auch in der vierten Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals der Amerikanischen Psychiatrischen Assoziation (DSM-IV, APA, 1994) werden mehrere Kriterien zur Definition von „Störung“ kombiniert. Laut DSM-IV ist eine psychische Störung als klinisch auffallendes Verhalten oder psychisches Syndrom beziehungsweise Merkmalsmuster definiert, das bei betroffenen Personen in typischer Weise entweder mit als unangenehm erlebten Beschwerden oder mit einer Behinderung einhergeht. Ab wann ein Verhaltensmuster

als gestört bezeichnet wird, also wann es sich um eine psychische Störung handelt und wann es lediglich ein etwas ungewöhnliches Verhalten in der jeweiligen Situation ist, bleibt weiterhin ein schwieriges Definitionsproblem. Das wird auch deutlich, wenn man die unterschiedlichen Ausgaben des DSM miteinander vergleicht und man diese mit der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (International Classification of Diseases – ICD, herausgegeben von der World Health Organisation, WHO) gegenüberstellt. Besonders kompliziert ist dieses Problem gerade bei Kindern und Jugendlichen, da hier einzelne Verhaltensweisen in einem Entwicklungsabschnitt „normal“ und gesund sind, wohingegen dieselben Verhaltensweisen in einem anderen Entwicklungsabschnitt Symptome einer Störung sein können.

2.4 Psychische Störungen und psychische Entwicklung

Der Entwicklungsaspekt ist bei der Betrachtung psychischer Störungen in zweierlei Hinsicht wesentlich. Zum einen ist der Einfluss psychischer Störungen auf die Entwicklung zu beachten; zum anderen sind die Auswirkungen von Entwicklung auf psychische Störungen bedeutungsvoll. Alle psychischen Störungen treten in sich entwickelnden Organismen auf. Diese Feststellung gilt für Kinder als selbstverständlich, trifft jedoch genauso auf Erwachsene zu, da Entwicklung nicht mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter endet. Kinder unterliegen jedoch einem anderen Entwicklungsprozess als Erwachsene, da verschiedene psychische Verhaltenskompetenzen erst noch neu erworben und ausgebildet werden.

Durch psychische Störungen belastete bzw. überhaupt abweichende Entwicklung kann

- die Ausbildung neuer Strukturen und Funktionen behindern,
- die Form anderer, sich später entwickelnder Strukturen und Funktionen verzerren,
- das Auftreten von sonst nicht vorhandenen Strukturen und Funktionen ermöglichen und
- die Ausbildung und den Gebrauch vorher entstandener Strukturen und Funktionen begrenzen (Petermann et al., 1998, S.42).

Dies deutet an, dass psychische Störungen nicht selten langfristig mit weiteren Schwierigkeiten verbunden sind, dass also frühe Psychopathologie ein Prädiktor für spätere Psychopathologie ist. Das kann sich beispielsweise in unzureichenden sozialen Kompetenzen bei Personen zeigen, die schon im Kindesalter psychische Probleme hatten, die dann oftmals auch später mit größeren psychischen Belastungen verbunden sind. Es kann aber auch in der jeweiligen Umgebung des betrachteten Individuums mit der Ausbildung spezieller Fähigkeiten einhergehen, die in eben diesem Umfeld eine geeignete Anpassung und möglicherweise lebensnotwendig sind.

Wenn eine Störung einmal besteht, können sich verschiedene Einflüsse positiv oder negativ auswirken. Remschmidt (1986) benennt Faktoren, die den Verlauf kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen beeinflussen:

- (1) genetische Faktoren,
- (2) natürlicher Verlauf der Erkrankung (Eigengesetzlichkeit),
- (3) Entwicklungsfaktoren (Wachstum, Reifung, Differenzierung, Prägung, Lernen),
- (4) Alter und Geschlecht,
- (5) „zufällige“ Einwirkungen (Lebensereignisse) sowie
- (6) Risikofaktoren und protektive Faktoren.

Diese Einflussmöglichkeiten können sich zum Teil überlappen; sie wirken unterschiedlich zusammen, z.B. additiv oder multiplikativ, können einander aber auch ausschließen. Bei Verlaufsstudien müsste deren große Anzahl betrachtet werden. Allerdings kann das kaum in einer einzigen Forschungsstudie realisiert werden. Eine Auswahl der genannten Faktoren gezielt zu betrachten, ist für Forschungszwecke im Allgemeinen effizienter. Im Folgenden wird kurz auf die für die vorliegende Arbeit relevanten Einflussmöglichkeiten (2), (3), und (6) eingegangen.

(2) Natürlicher Verlauf

Unter dem natürlichen Verlauf einer psychischen Störung wird die Eigengesetzlichkeit der Symptomatik verstanden. Dabei wird erfasst, inwieweit Störungen spontan remittieren, wieder oder neu auftreten, chronisch verlaufen oder andere nach sich ziehen.

Remschmidt (1986, S.3) führt aus, „dass der spontane Verlauf bei neurotischen Störungen (sofern sie nicht bereits chronifiziert sind) günstig ist - auch wenn keine Intervention erfolgt. Dies gilt vor allen Dingen für sogenannte introversive Störungen (Angst- und Furcht-zustände, Kontaktstörungen), nicht für extraversive“. Insbesondere neuere Studien (vgl. Kapitel 3 und 4) zeigen jedoch, dass Kinder, die unter Angststörungen leiden, oftmals auch als Jugendliche und Erwachsene psychische Probleme haben (oftmals chronischer Verlauf von Phobien, Übergang von Störung mit Trennungsangst zu Panikstörung und Agoraphobie, aber auch hin zu depressiven Störungen). Gerade Angststörungen mit Beginn im Kindesalter bestehen häufig auch noch bei Erwachsenen oder erfahren eine Verlagerung hin zum depressiven Störungsbereich. In verschiedenen Studien wurden auch immer wieder Zusammenhänge zwischen den verschiedenen expansiven Störungen untereinander gefunden und darüber hinaus auch mit substanzbezogenen und affektiven Störungen (vgl. Kapitel 3 und 4). Allerdings kann kaum differenziert werden, welche Rolle dabei vorangehende Störungen für die Ausbildung weiterer Störungen spielen. Eine Störung kann beispielsweise als schwächere Ausprägung oder Vorläufer einer anderen Störung angenommen werden, wie das beispielsweise von einigen Autoren für Störung mit oppositionellem Trotzverhalten und Störung des Sozialverhaltens angenommen wird (vgl. Kapitel 3). Es ist aber auch möglich, dass die Symptomatik einer Störung die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung anderer Störungen erhöht. Dies kann beispielsweise bei der Beziehung zwischen Störung des Sozialverhaltens und Substanzabhängigkeit oder –missbrauch angenommen werden (insgesamt riskanteres

Verhalten, Überschreiten von Verboten und damit höhere Wahrscheinlichkeit, mit Drogen in Kontakt zu kommen oder auch einen missbräuchlichen Alkoholkonsum aufzuweisen).

(3) Entwicklungsfaktoren

Entwicklungsfaktoren, Alter und Geschlecht gehören bei der Betrachtung psychischer Störungen im Kindesalter eng zusammen. Remschmidt (1986) benennt einige kinderpsychiatrische Erkrankungen als entwicklungsabhängig. Dazu zählt er Enuresis, Enkopresis, teilweise Hyperaktivität und Tics sowie Tierphobien. Diese Störungen würden zur Adoleszenz hin seltener, was durch Reifungs- und Lernprozesse bedingt sei. Auch das Auftretensalter sei von Bedeutung. Er unterscheidet drei Verlaufstypen psychischer Störungen vom Kindesalter zur Adoleszenz:

(1) Typ A: kontinuierlicher bzw. zweigipfliger Verlauf

Hierbei handelt es sich um Störungen, die in der Kindheit auftreten und sich dann in die Adoleszenz kontinuierlich fortsetzen oder nach einem erstmaligen Auftreten in der Kindheit zumindest teilweise remittieren und in der Adoleszenz wieder auftreten. Ein solcher Verlauf wäre beispielsweise bei Schulphobien typisch, die erstmals zur Zeit der Einschulung auftreten und dann wieder um das 14. Lebensjahr. Weitere solche persistierenden psychiatrischen Erkrankungen sind dissoziale Verhaltensweisen und Persönlichkeitsstörungen.

(2) Typ B: abnehmende Häufigkeit von der Kindheit zur Adoleszenz

Bei diesen nicht-persistierenden Störungen handelt es sich um die bereits erwähnten entwicklungsabhängigen Störungen, z.B. Störung mit Trennungsangst, Enuresis und Enkopresis.

(3) Typ C: zunehmende Häufigkeit von der Kindheit zur Adoleszenz

Bei diesen Störungen handelt es sich um psychische Probleme, die typischerweise in der Adoleszenz erstmals ihre volle Ausprägung erreichen. Solche Störungen sind depressive Syndrome, Zwangsstörungen, Anorexia Nervosa sowie schizophrene und manisch-depressive Störungen.

Remschmidt (1986) nennt als einen Grund für das spätere Auftreten dieser Störungen, dass erst dann die entsprechenden psychischen Ausdrucksmittel zur Verfügung ständen. Neuere Forschungsarbeiten (z.B. Rapoport, Swedo & Leonard, 1992, Swedo, Leonard & Rapoport, 1992, Kovacs, 1989, Kovacs, Gatsonis, Paulauskas & Richards, 1989, Weissman, Wolk, Wickramaratne, Goldstein, Adams, Greenwald, Ryan, Dahl & Steinberg, 1999) haben gezeigt, dass gerade Zwangsstörungen und Depressionen auch schon in der Kindheit auftreten. Unter anderem die Gruppe um Biederman (Biederman & Faraone, 1995, Biederman, Faraone, Mick, Wozniak, Chen, Ouellette, Marrs, Moore, Garcia, Mennin & Lelon, 1996, Faraone, Biederman, Mennin, Wozniak & Spencer, 1997) untersuchte Formen von Manie im Kindesalter und hat diesbezüglich Zusammenhänge mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen aufdecken können. Stein, Roizen und Leventhal (1999) kritisieren die Arbeit

von Biederman et al. insbesondere deshalb, weil sie ausschließlich auf den Angaben der Eltern basieren und diese Angaben für die Diagnostik bipolarer Störungen als unzureichend erachtet werden. Es ergibt sich also die Frage, ob zwar eine Störung, so wie sie durch die jeweiligen Kriterien definiert ist, verschwindet, jedoch dann die Kriterien einer anderen Störung erfüllt, weil das dann die entwicklungsbedingte Ausdrucksform der eigentlich zugrunde liegenden psychischen Problematik ist.

Die unter Typ A genannte Schulphobie ist keine im DSM definierte diagnostische Einheit. Vielmehr heißt es, dass Schulangst eine Ausdrucksform verschiedener Störungen sein kann. Dabei handelt es sich um eine Störung mit Trennungsangst, wenn der Schulbesuch aus Angst vor Trennung von Bezugspersonen gefürchtet wird, um eine Sozialphobie, wenn der Schulbesuch angstbesetzt ist, weil die betroffene Person dort Bewertungssituationen ausgesetzt ist und Angst vor einer möglichen Blamage hat, sowie um eine Spezifische Phobie, wenn hier die Schule als solche angstaussendend ist. Für das unter Typ A beschriebene Verlaufsmuster stellt diese Betrachtung nur teilweise einen Widerspruch dar. Soziale und Spezifische Phobien verlaufen meist kontinuierlich und beginnen häufig im Kindes- oder Jugendalter. Widersprüchlich ist jedoch, wenn eine Schulphobie im Rahmen einer Störung mit Trennungsangst auftritt; denn dabei handelt es sich ja laut Remschmidt eher um eine entwicklungsabhängige Störung, für die es typisch ist, zur Adoleszenz hin zurückzugehen und nicht zu persistieren. Allerdings wurde in verschiedenen Studien ein Zusammenhang mit dem Auftreten einer späteren Agoraphobie und/ oder Panikstörung beobachtet (Perugi, Deltito, Sotiani, Musetti, Petracca, Nisita, Maremanni & Cassano, 1988, Schneider, 2002). Die Bezeichnung Schulphobie erscheint jedoch als Ausformung einer Sozialen oder Spezifischen Phobie naheliegend und somit kann also von einem kontinuierlichen Verlauf ausgegangen werden.

Die Ausführungen in den vorangegangenen zwei Abschnitten verdeutlichen, wie schwierig gerade im Kindes- und Jugendalter die Differenzierung zwischen natürlichem Verlauf psychischer Störungen einerseits und der Wirkung von Entwicklungsfaktoren auf psychische Störungen andererseits ist.

(6) Risiko- und protektive Faktoren

Eine weitere Gruppe von Einflussfaktoren auf den Verlauf psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters sind Lebensereignisse, Risiko- und protektive Faktoren (s. Abbildung 2.1, S.19). Unter Lebensereignissen versteht man mehr oder weniger einschneidende, lebensverändernde Geschehnisse (z.B. Scheidung der Eltern, Tod einer nahestehenden Person, Schulversagen, Geburt eines Geschwisterkindes, Heirat, Schwangerschaft usw.). Häufig werden diese dabei als Risikofaktoren betrachtet, d.h. sie erhöhen das Risiko für das Auftreten oder Andauern psychischer Probleme, wobei sie auch eine protektive Wirkung haben können. Protektive Faktoren haben einen vor schädigenden Einwirkungen schützenden Einfluss, d.h. sie verzögern oder verhindern das Auftreten einer psychischen Störung oder mildern ihre Schwere.

Das Zusammenspiel von Risiko- und Belastungsfaktoren einerseits und protektiven Faktoren andererseits resultiert schließlich in einer Fehlanpassung oder psychiatrischen Erkrankung oder eben in einer Anpassung an die jeweiligen Bedingungen und damit der Bewältigung des Risikos, psychisch krank zu werden (Remschmidt, 1986). Dieses Zusammenwirken wird in Abbildung 2.1 dargestellt.

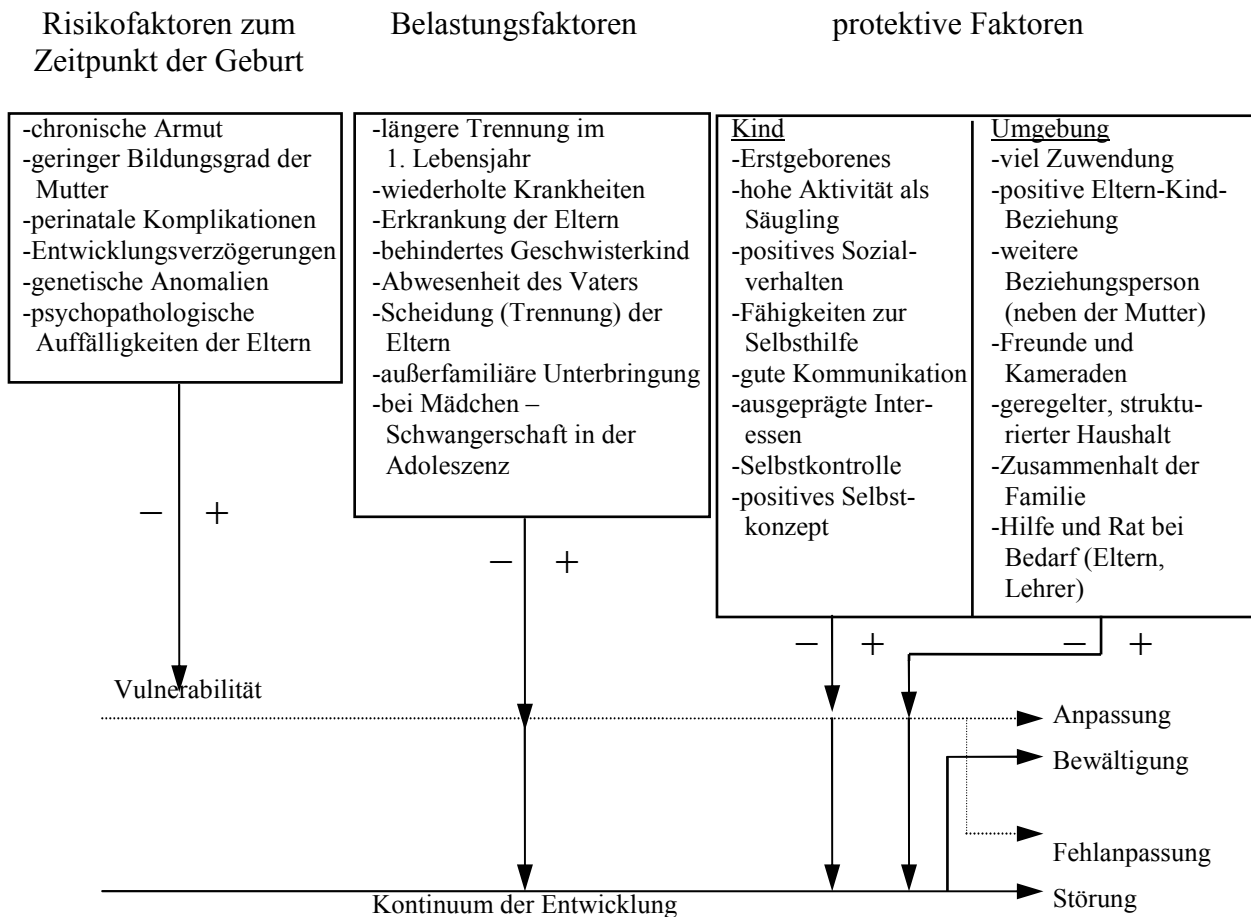


Abbildung 2.1: Modell zur Wirkung und Wechselwirkung von Risiko-, Belastungs- und protektiven Faktoren (aus Remschmidt: Was wird aus kinderpsychiatrischen Patienten? In Schmidt und Drömann (1986): Langzeitverlauf kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen, S.7).

Die hier genannten Faktoren bieten einen Überblick, wie vielgestaltig Einflüsse auf die psychische Gesundheit sind. Cicchetti (1990) verdeutlicht diese Komplexität mit dem Verweis auf zwei Prinzipien: das Prinzip der Equifinalität und das Prinzip der Multifinalität. In der Entwicklung von psychischer Gesundheit oder einer psychischen Störung gelten beide. Das Prinzip der Equifinalität beinhaltet, dass viele verschiedene Bedingungen und deren Wechselwirkungen zu einer psychischen Störung oder zu psychischer Gesundheit führen. Bildhaft wird dieses Prinzip in der Redewendung „viele Wege führen nach Rom“ verdeutlicht. Das Prinzip der Multifinalität beinhaltet, dass sich der gleiche Umstand in verschiedenen Systemen - hier einzelnen Individuen - unterschiedlich auswirkt. Diese Komplexität stellt bei der Erforschung psychischer Störungen, ihrer Ätiologie und ihres Verlaufs ein Problem dar. In keiner epidemiologischen Studie können wirklich alle relevanten Variablen erfasst werden. Eine Studie muss sich also immer auf bestimmte Zusammenhänge beschrän-

ken und kann dann auch nur diesbezüglich Aussagen machen. Modelle, in denen mögliche Zusammenhänge aufgezeigt werden, sind stets Vereinfachungen der Realität. Sie tragen jedoch zur Strukturierung des Forschungsbereiches bei und helfen, Fragen und Hypothesen zu formulieren. Entsprechend konnte auch in der vorliegenden Studie nur eine Auswahl von Variablen erhoben werden. Im Folgenden soll ein Ansatz für ein Modell formuliert werden, in dem die erfassten Variablen verwendet werden.

2.5 Anwendung entwicklungspsychopathologischer Erkenntnisse auf die zugrunde gelegte Studie

Wie in Kapitel 6 genauer ausgeführt, werden im eingesetzten diagnostischen Interview folgende Variablen erfasst: soziodemographische Daten, aktuelle und frühere psychische Störungen, das Alter bei Beginn, die mit ihnen in Zusammenhang stehende Beeinträchtigung und Belastung, körperliche Krankheiten, familiäre Belastung in Hinblick auf psychische Störungen u.a. Auch diese Variablen lassen sich in ein Schema ordnen, ein Modellversuch ist in Abbildung 2.2 dargestellt.

Belastungen können beispielsweise körperliche Erkrankungen, längere Krankenhausaufenthalte, der Verlust eines Elternteils durch Trennung der Eltern oder Tod sein. Mit „psychische Probleme“ ist das frühere Bestehen einer psychischen Störung gemeint.

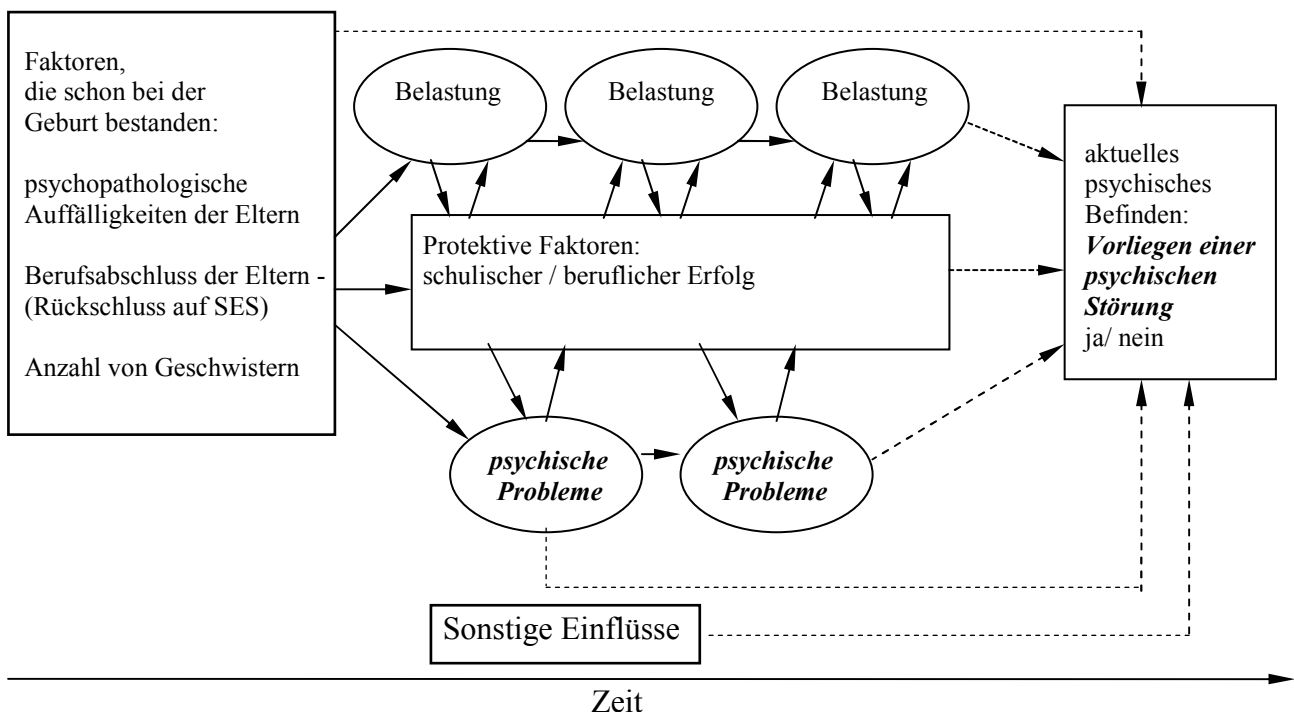


Abbildung 2.2: Modell zur Verdeutlichung des Zusammenwirkens der erhobenen Variablen

Wie in Abschnitt 2.2 schon deutlich herausgestellt, geht insbesondere Psychopathologie im Kindesalter mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für Psychopathologie auch in späteren Lebensabschnitten einher. Im Abschnitt 2.4 wurde dann noch einmal auf Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und psychischer Entwicklung eingegangen. Auch bei diesen Betrachtungen fand sich immer wieder der Hinweis, welche ungünstigen langfristigen Auswirkungen psychische Störungen im Kindesalter haben können. Es wurden aber auch psychische Störungen im Kindesalter genannt, die im Laufe der Entwicklung remittieren. Allerdings liegen dahingehend auch Beobachtungen vor, dass dann andere psychische Störungen auftreten. Möglicherweise bestehen spezifische Zusammenhänge zwischen verschiedenen Störungen, wobei hier bisher kein eindeutiges Muster gefunden werden konnte. Da die kausale Wirkung schützender und belastender Faktoren nur im Rahmen einer prospektiven Studie betrachtet werden kann, soll sich in der vorliegenden Arbeit auf die Betrachtung von Zusammenhängen erinnerter psychischer Störungen im Kindesalter mit dem psychischen Befinden im jungen Erwachsenenalter beschränkt werden. Das Hauptaugenmerk wird dabei auf der Erfassung spezifischer Zusammenhänge zwischen Störungen im Kindesalter und Störungen im jungen Erwachsenenalter liegen. Sofern derartige spezifische Zusammenhänge bestehen, trägt die Aufdeckung dieser zum weiteren Verständnis des Verlaufs psychischer Störungen bei und kann bei der Entwicklung und gezielten Implementierung von Präventionsprogrammen helfen. In der vorliegenden Arbeit werden also ausschließlich die Zusammenhänge früh beginnender psychischer Störungen mit dem psychischen Befinden im Erwachsenenalter betrachtet.

Kapitel 3 Beschreibung der erfassten psychischen Störungen mit Schwerpunkt auf Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter

3.1 Einleitung

Erst in den letzten Jahren gilt psychischen Störungen im Kindesalter verstärktes Interesse. Es wurde lange Zeit unterschätzt, welche Beeinträchtigungen und Belastungen mit psychischen Störungen im Kindesalter verbunden sind. Einige dieser Störungen können möglicherweise als entwicklungsbedingt angesehen werden, sofern sie nicht ins Erwachsenenalter hinein bestehen bleiben. Jedoch haben verschiedene Studien gezeigt, dass in einer Anzahl von Fällen eben diese psychischen Störungen bestehen bleiben oder auch andere Störungen entwickelt werden. Störungen im Kindesalter lassen sich in zwei „Breitbandsyndrome“ unterteilen: externalisierende Störungen (unterkontrolliert) und internalisierende Störungen (überkontrolliert) (Petermann & Warschburger, 1998). In der hier dargestellten Studie gehören dabei beispielsweise alle Angststörungen zu den überkontrollierten, also internalisierenden Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung, Störung mit oppositionellem Trotzverhalten, Störung des Sozialverhaltens (diese drei werden auch unter dem Begriff „expansive Störungen“ zusammengefasst) und Ausscheidungsstörungen zu den unterkontrollierten, also externalisierenden Störungen.

Im Folgenden sollen die in der vorliegenden Studie erfassten psychischen Störungen (vgl. Abschnitt 6.4) beschrieben werden. Dabei wird sich vor allem am DSM-IV (APA, 1994) orientiert. Im Anhang I sind für alle erfassten Störungen die Diagnosekriterien nach DSM-IV (APA, 1994) und ICD-10 (WHO, 1992) zu finden. Der Schwerpunkt wird aufgrund der zu erwartenden Häufigkeiten im Kindesalter auf ausgewählten Angststörungen, expansiven Störungen und Ausscheidungsstörungen liegen. Die anderen Störungen, die in unserer Studie erfasst werden konnten (affektive Störungen, somatoforme Störungen, Ess-Störungen und substanzgebundene Störungen), werden der Vollständigkeit wegen nur kurz hinsichtlich Phänomenologie und Klassifikation beschrieben. Für die ausführlicher dargestellten Störungen werden jeweils eine Kurzdefinition gegeben, ein kurzes Fallbeispiel geschildert, Anmerkungen zu Phänomenologie und Klassifikation dargelegt sowie auf das mittlere Erstauftretensalter und den natürlichen Verlauf eingegangen (Lebenszeitkomorbidität).

3.2 Angststörungen

Im DSM-IV (APA, 1994) sind die einzelnen beschriebenen Störungen in verschiedene Gruppen eingeteilt. Unter Angststörungen finden sich all jene Angststörungen, die mit gewissen Schwankungen über die gesamte Lebensspanne auftreten können. Störungen des Kindes- und Jugendalters beinhalten solche psychischen Störungen, die hauptsächlich in diesen Altersbereichen bestehen. Als einzige Angststörung ist die Trennungsangststörung daher unter Störungen des Kindes- und Jugendalters aufgeführt. Bei den Angststörungen werden mögliche altersspezifische Kriterien angegeben, die für eine genaue Diagnose relevant sind. In der revidierten Fassung des Vorgängers des aktuellen DSM-IV, dem DSM-III-R (APA, 1987), werden zwei weitere Angststörungen spezifisch für Kinder und Jugendliche genannt: die Überängstliche Störung und die Störung mit Vermeidungsverhalten; diese werden jetzt der Generalisierten Angststörung (GAS) und der Sozialen Phobie zugeordnet. Im ICD-10 sind diese beiden Störungsbilder weiterhin enthalten, sie werden unter Sonstige emotionale Störung des Kindesalters (F93.8) bzw. Störung mit sozialer Ängstlichkeit (F93.2) gefasst. Allerdings wird auch im ICD inzwischen die Überängstliche Störung eher unter der Generalisierten Angststörung gefasst als unter dieser Restkategorie. Diese Veränderungen in der Klassifikation lassen sich durch Übereinstimmungen grundlegender Merkmale der jeweiligen Störungen begründen. Tabelle 3.1 zeigt die Klassifikation der Angststörungen nach DSM-IV und ICD-10.

Tabelle 3.1 Klassifikation der Angststörungen

DSM-IV		ICD-10	
		F41	Andere Angststörung
300.01	Panikstörung ohne Agoraphobie	F41.0	Panikstörung ohne Agoraphobie
300.02	Generalisierte Angststörung	F41.1	Generalisierte Angststörung
		F40	Phobische Störungen
300.21	Panikstörung mit Agoraphobie	F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung
300.22	Agoraphobie ohne Panikstörung	F40.00	Agoraphobie ohne Panikstörung
300.23	Soziale Phobie	F40.1	Soziale Phobie
300.29	Spezifische Phobie	F40.2	Spezifische Phobie
300.3	Zwangsstörung	F42	Zwangsstörung
308.3	Akute Belastungsreaktion	F43.0	Akute Belastungsreaktion
309.81	Posttraumatische Belastungsstörung	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung
Andere Störungen im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz		F93	Emotionale Störungen des Kindesalters
309.21	Störung mit Trennungsangst	F93.0	Störung mit Trennungsangst

In Anlehnung an das DSM-IV soll einleitend ein grober Überblick zum Alter bei Beginn und zu den Prävalenzraten gegeben werden (Tabelle 3.2). Auf Grundlage dieser Zusammenstellung sollen dann die im Folgenden ausführlicher zu beschreibenden Angststörungen ausgewählt werden.

Tabelle 3.2: Überblick zu den erfassten Angststörungen

Störung	Alter bei Beginn	Prävalenz
Störung mit Trennungsangst	Beginn im Vorschulalter möglich, Beginn im Jugendalter selten	4% im Kindes- und frühen Jugendalter
Spezifische Phobie	je nach Art der Phobie, häufig schon in Kindheit	Lebenszeitprävalenz 10-11,3%, im Kindesalter 3-8%
Soziale Phobie	mittleres Teenageralter, auch schon bei Kindern	Lebenszeitprävalenz 3-13%
Generalisierte Angststörung	Beginn im Kindesalter möglich, oft Beginn nach 20. Lebensjahr	Lebenszeitprävalenz 5%
Zwangsstörung	Beginn im Kindesalter möglich; bei Frauen Beginn meist zwischen 20 und 29 Jahren (bei Jungen zwischen 6 und 15 Jahren)	Lebenszeitprävalenz 2,5%
Panikstörung mit/ ohne Agoraphobie	Meist zwischen späterem Jugendalter und Mitte 30	Lebenszeitprävalenz 1,5-3,5%
Posttraumatische Belastungsstörung (und Akute Belastungsstörung)	In jedem Lebensalter möglich, je nach Alter bei Trauma	Lebenszeitprävalenz 1-14%

Im Folgenden sollen diejenigen Angststörungen, die insbesondere auch schon im Kindesalter auftreten können, genauer beschrieben werden. Aus Tabelle 3.2 ist ersichtlich, dass im Kindesalter bei Mädchen insbesondere Störung mit Trennungsangst, Spezifische und Soziale Phobie zu erwarten sind. Diese Beschreibung erfolgt im Wesentlichen in Anlehnung an das DSM-IV. Ergänzend werden Ergebnisse aus verschiedenen Studien genannt, unter anderem auch aus Studien, die in Kapitel 4 vorgestellt werden.

3.2.1 Störung mit Trennungsangst (TAS)

Kurzdefinition

Das Hauptmerkmal der Störung mit Trennungsangst ist eine übermäßige Angst des Kindes vor der Trennung von zu Hause oder von wichtigen Bezugspersonen, wobei das Ausmaß der Angst stärker sein muss, als dies für die jeweilige Entwicklungsstufe zu erwarten wäre. Diese Angst ist gekennzeichnet durch eine andauernde übermäßige Besorgnis hinsichtlich der Trennung oder des möglichen Verlustes von wichtigen Bezugspersonen. Daraus resultieren dann auch typische Verhaltensweisen, wie z.B. nicht allein sein zu wollen bzw. nicht getrennt von den Bezugspersonen sein zu wollen. Es wird dann auch im Zusammenhang mit Trennungssituationen häufig über körperliche Beschwerden geklagt. Außerdem treten auch oft Alpträume auf, die sich um Trennungen drehen. Diese Störung verursacht deutliches Leiden für die betroffenen Kinder und stellt eine deutliche Beeinträchtigung hinsichtlich sozialer und/ oder schulischer Aktivitäten dar.

Phänomenologie und Klassifikation

Fallbeispiel:

Michaela ist ein 9-jähriges Mädchen, das oft wegen Kopf- oder Bauchschmerzen in der Schule fehlt. Ihre Schulleistungen sind trotzdem noch gut, und sie ist in ihrer Klasse beliebt. Abends schläft sie nur dann ein, wenn in ihrem Zimmer das Licht brennt und die Tür offen ist, um zu hören, dass die Eltern da sind. Sie erzählte, dass sie am liebsten zu Hause bei ihren Eltern sei. Sie sagte, sie mache sich Sorgen, dass ihren Eltern etwas zustoßen könnte. Vorgestellt wurde Michaela, weil sie immer häufiger in der Schule fehlte.

Die Entwicklung einer Bindung („attachment“) zu einer Bezugsperson ist eng mit der Angst verbunden, von dieser getrennt zu werden oder diese zu verlieren. Verschiedene Faktoren tragen zur Überwindung von Trennungsangst im Kleinstkindalter bei (Wenar, 1994). Das Kleinstkind ist kognitiv in der Lage, die Vorstellung der Bezugsperson im Gedächtnis zu behalten und zu wissen, dass sie noch existiert, auch wenn sie nicht mehr gesehen werden kann. Die zunehmenden Fähigkeiten zum Krabbeln und zum Laufen tragen zur Reduzierung des Gefühls der Hilflosigkeit bei. Außerdem wird die primäre Bezugsperson durch erweiterte Interessen und andere Beziehungen des Kleinstkindes allmählich etwas aus dem Zentrum der Aufmerksamkeit des Kindes verdrängt.

Das Hauptmerkmal der Störung mit Trennungsangst ist exzessive Angst vor der Trennung von Personen, zu denen das Kind eine Bindung besitzt. Meist sind dies die Eltern. Jüngere Kinder klammern sich an die Eltern oder suchen ständig ihre Nähe, bekommen Wutanfälle oder weinen und betteln, wenn die Eltern weggehen wollen. Ältere Kinder verbringen nur ungern eine Nacht nicht zu Hause. Wenn sie unterwegs sind, fühlen sie sich unwohl und haben das Bedürfnis, oft zu Hause anzurufen. „Andere Symptome beinhalten unrealistische, andauernde Sorge darüber, dass der Bezugsperson etwas zustoßen könnte; die Weigerung einzuschlafen, wenn die Bezugsperson nicht in der Nähe ist; körperliche Beschwerden, wie Kopf- oder Bauchschmerzen, wenn eine Trennung erwartet wird sowie Widerstreben und Verweigerung, in die Schule zu gehen, um nahe bei der Bezugsperson zu sein“ (Wenar, 1994, S.237, Übersetzung durch die Autorin). Klein und Last (1989) erwähnen unveröffentlichte Daten von Francis, Last und Strauss (1988), die darauf hinweisen, dass wiederholte Alpträume mit „Trennungsthemen“ (z.B. entführt zu werden, getötet zu werden, der Tod eines Elternteils) gelegentlich bei jüngeren Kindern auftreten, bei Jugendlichen mit dieser Störung aber sehr selten sind. Interessant erscheint die Anmerkung bei Klein und Last (1989), dass von einer solchen Störung betroffene Kinder im Allgemeinen keine schwerwiegenden zwischenmenschlichen Probleme haben; meist sind die Kinder bei Gleichaltrigen beliebt und haben angemessene soziale Fähigkeiten. Die Diagnosekriterien für Störung mit Trennungsangst nach DSM-IV und ICD-10 können im Anhang I nachgeschlagen werden.

Tabelle 3.3: Epidemiologische Daten zur Störung mit Trennungsangst

Erstauftretensalter	Prävalenz	Komorbidität und Verlauf
<ul style="list-style-type: none"> •7,5 Jahre (Last, 1987) 	<ul style="list-style-type: none"> •2,0 bis 9,5% in nicht-klinischen Stichproben (Dunedin-Studie, GSMS, NYS, vgl. Kapitel 4) •Mädchen häufiger als Jungen betroffen (bei 11-Jährigen Verhältnis 5:2, Anderson et al., 1987) 	<ul style="list-style-type: none"> •36,4% von Ängsten betroffene Kinder leiden an mehr als einer Angststörung (Kashani & Orvaschel, 1990) •bei TAS oft zusätzliche Spezifische Phobien (37%) sowie bei etwa einem Drittel Betroffener zusätzliche Überängstliche Störung (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1992, Last, Francis & Strauss, 1989, Last, Strauss & Francis, 1987) •auch etwa ein Drittel von TAS Betroffener erfüllt die Kriterien für eine depressive Störung und rund 20% die Kriterien für ADHS •im Zuge der Pubertät bei Mädchen und Jungen immer seltener (Dashiff, 1995) •Remissionsraten für TAS zwischen 50 und 96%, aber bei 50% im Erwachsenenalter wieder psychische Störungen (Keller, Lavori, Wunder, Beardslee, Schwartz & Roth, 1992, Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1992) •häufig Zusammenhänge mit späteren Angst- und depressiven Störungen beobachtet (Last et al., 1992, Yeragani, Meiri, Balon, Patel & Pohl, 1989) •insbesondere Zusammenhang mit späterer Agoraphobie und/oder Panikstörung berichtet, aber teilweise widersprüchliche Ergebnisse (Battaglia, Bertella, Politi et al., 1995, Deltito, Perugi, Maremmanni, Mignani & Cassano, 1986, de Ruiter & von Ijzendorp, 1992, Lipsitz, Martin, Mannuzza et al., 1994)

TAS ist (im Kindesalter) eine häufige Störung, die einen sehr frühen Beginn hat. Sie weist eine erhebliche Komorbidität mit anderen Störungen auf, wobei insbesondere andere Angst- und depressive Störungen berichtet werden, aber auch in einigen Fällen ADHS. Im Lauf der Pubertät wird die Störung immer seltener und es wurden Remissionsraten von weit über 50% beobachtet; aber bei ca. 50% der im Kindesalter von einer TAS Betroffenen besteht auch im späteren Leben wieder eine psychische Störung. Es gibt aufgrund des Mangels an prospektiven Längsschnittstudien ein widersprüchliches Bild zur Lebenszeitkomorbidität zwischen TAS und anderen Störungen. Besonders häufig scheinen Überschneidungen mit Agoraphobie und/oder Panikstörung sowie depressiven Störungen zu sein.

3.2.2 Spezifische Phobie

Kurzdefinition

Eine Spezifische Phobie ist durch dauerhafte, unangemessene und intensive Furcht vor bzw. Vermeidung von spezifischen Objekten oder Situationen gekennzeichnet. Ausgenommen sind Furcht vor plötzlichen Angstanfällen (siehe Panikstörung) und vor sozialen Situationen (siehe Soziale Phobie). Die häufigsten Phobien betreffen Tiere (z.B. Spinnen, Schlangen, Hunde), Höhen, enge Räume, Flugzeuge und Blut, Verletzungen oder Spritzen. Bei Patienten mit Phobien sind diese weit verbreiteten Ängste so stark, dass sie die normale Lebensführung beeinträchtigen und ausgeprägtes Leiden verursachen.

Phänomenologie und Klassifikation

Fallbeispiel:

Kati ist 8 Jahre alt. Ihre Familie ist vor zwei Jahren aus der Stadt in ein kleines Dorf gezogen. Kati hatte sich immer gern im Freien aufgehalten und dort gespielt. Ihre Eltern erzählten, dass sie inzwischen immer mehr nur im Haus spielen würde. Die Mutter erinnerte sich dann, dass Kati schon als kleines Kind beim Anblick einer Katze ängstlich reagiert und geweint hätte und oftmals dann auch schuttsuchend zur Mutter gelaufen wäre. Sie war damals der Meinung, dass sich diese Angst vor Katzen auf dem Dorf verlieren würde, wenn sie häufiger Kontakt mit ihnen hätte. Da Kati inzwischen kaum noch allein oder mit anderen Kindern, also ohne ihre Eltern, im Freien spielt, weil sie Angst hat, dass eine Katze auftauchen könnte, stellten die Eltern Kati vor.

Angst wird im Allgemeinen als eine normale Reaktion auf eine Bedrohung definiert (Wenar, 1994). Sie ist eine Anpassungsleistung des Organismus an Umweltbedingungen und ist überlebenswichtig, weil sie ein Individuum vor physisch oder psychisch schädigenden Situationen warnt. Phobien sind aufgrund ihrer Schwere und Unangemessenheit von dieser Art Angst zu unterscheiden. In Europa geht beispielsweise für Menschen von Spinnen keine Gefahr aus, trotzdem sind Spinnenphobien sehr häufig. Es werden fünf Gruppen spezifischer Ängste unterschieden, je nachdem welcher Art der angstausslösende Stimulus ist: Tiere, natürliche Umwelt (Höhen, Stürme, Wasser), Blut-Spritzen-Verletzungen, situations-spezifische Auslöser (Flugzeuge, Fahrstühle, geschlossene Räume) und andere Stimuli (Ersticken, Erbrechen, bei Kindern laute Geräusche oder kostümierte Personen). Strauss und Last (1993) untersuchten in einer Interviewstudie, in der sie Soziale Phobie und Spezifische Phobie bei Kindern miteinander verglichen, die gefürchteten Objekte oder Situationen. Es handelte sich um eine klinische Stichprobe mit 138 Kindern zwischen 4 und 17 Jahren, die wegen Angststörungen vorgestellt worden waren. Für die 38 Kinder mit einer Spezifischen Phobie fanden sie folgende angstausslösende Stimuli: Dunkelheit bei 29% der Kinder, Schule bei 24%, Hunde bei 16%, andere Tiere bei 8%, Höhen bei 8%, Insekten bei 8%, Fahrstühle bei 5% und andere Dinge bzw. Situationen, die jeweils von nur einem Kind genannt wurden. Einer Spezifischen Phobie können ein traumatisches Erlebnis (von einem Tier angegriffen zu werden oder in einem Raum eingeschlossen zu sein), eine unerwartete Panikattacke in einer bestimmten Situation oder die Beobachtung anderer, die ein Trauma erleben oder sich ängstlich verhalten, vorausgehen. Es ist aber auch eine informative Übertragung einer Spezifischen Phobie möglich, z.B. durch wiederholte Warnungen der Eltern vor bestimmten Tieren oder Medienberichte über Flugzeugabstürze (DSM-IV, APA, 1994). Die Diagnosekriterien nach DSM-IV und ICD-10 sind im Anhang I aufgeführt.

Tabelle 3.4: Epidemiologische Daten zu Spezifischen Phobien

Erstauftretensalter	Prävalenz	Komorbidität und Verlauf
<ul style="list-style-type: none"> •7,8 Jahre (Strauss & Last, 1993) •Beginn von 70% der Tierphobien bis Alter von 10 Jahren und 70% situationaler Phobien bis 15 (Strauss & Last, 1993) 	<ul style="list-style-type: none"> •bei Kindern 3 bis 8% (Wenar, 1994), 2,4% bei Kindern, 3,6% bei Jugendlichen (Bernstein & Borchardt, 1991) •Mädchen häufiger betroffen als Jungen, bei 11-Jährigen Verhältnis 5:3 (Anderson et al., 1987) 	<ul style="list-style-type: none"> •Ein Großteil betroffener Kinder leidet nur an einer einzelnen Phobie, nur knapp 3% betroffener Kinder berichten 3 oder mehr Phobien (Strauss & Last, 1993) •bei 39% der betroffenen Kinder reine Spezifische Phobie, bei 29% TAS und bei 16% Überängstliche Störung, andere Störungen sehr viel seltener (Strauss & Last, 1993) – aber nur 29 Kinder betrachtet •beträchtliche Unterschiede bei langfristigem Verlauf von im Kindesalter auftretenden Spezifischen Phobien (Wenar, 1994) – Großteil remittiert, aber bei etwa 20% der Betroffenen Fortbestehen bis Erwachsenenalter, dann kaum spontane Remission möglich •Spezifische Phobien können aufgrund des Vermeidungsverhaltens Einschränkungen bei sozialen Kontakten sowie bei den Schulleistungen mit sich bringen, insgesamt aber nur wenige Studien zum Langzeitverlauf (Silverman & Nelles, 1990)

Spezifische Phobien weisen im Kindesalter eine ähnliche Häufigkeitsrate wie TAS auf, wobei der Beginn offenbar geringfügig später liegt und sich je nach Art von Spezifischer Phobie auch unterscheidet. Der früheste Beginn wird für Tierphobien berichtet, wobei typischere Phobien im Kindesalter (z.B. vor Dunkelheit) wenig untersucht sind. Spezifische Phobien können langfristige Beeinträchtigungen nach sich ziehen und remittieren kaum noch spontan, wenn sie bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen.

3.2.3 Soziale Phobie

Kurzdefinition

Soziale Phobien sind gekennzeichnet durch dauerhafte, unangemessene Furcht und Vermeidung von Situationen, in denen die Betroffenen mit anderen Menschen zu tun haben und dadurch einer möglichen Bewertung im weitesten Sinne ausgesetzt sind. Die Betroffenen fürchten zu versagen, sich lächerlich zu machen oder durch ungeschicktes Verhalten gedemütigt zu werden. Soziale Phobien können sowohl eng umschrieben sein (z.B. Furcht vor öffentlichem Sprechen) als auch einen Großteil aller zwischenmenschlichen Aktivitäten einschließen. Typischerweise zeigen die Patienten starke Erwartungsangst, wenn die Konfrontation mit einer sozialen Situation bevorsteht.

Phänomenologie und Klassifikation

Fallbeispiel:

Sandra ist 12 Jahre alt und besucht die 6. Klasse am Gymnasium. Ihre Eltern stellten sie vor, weil ihre schulischen Leistungen nachgelassen hatten. Sandra erzählte nur zögernd und wirkte sehr schüchtern. Sie sagte, dass sie in der Schule kaum ein Wort herausbringen würde, weil sie Angst habe, es könnte falsch sein und ihre Mitschüler würden sie auslachen. Sie denkt auch in der Pause, dass sie beim kleinsten Anlass rot werden könnte und die anderen

sich über sie lustig machen würden. In ihrer Familie und zusammen mit ihren etwa gleichaltrigen Cousins und Cousinen ist sie aufgeschlossen und entspannt.

Soziale Phobie ist laut Hersen und Last (1990) diejenige Angststörung, die bisher am wenigsten erforscht wurde; dies sei besonders deutlich für den Bereich des Kindesalters. Hier, wie auch bei den Spezifischen Phobien, wird oft davon ausgegangen, dass diese Ängste bei Kindern entwicklungsbedingt und daher vorübergehender Natur sind, was eine Ursache für die Vernachlässigung durch die Forschung sein dürfte. Das grundlegende Merkmal einer Sozialen Phobie ist überdauernde und intensive Angst vor Situationen, in denen eine Person der Bewertung durch (mindestens) eine andere ausgesetzt ist oder sich dieser ausgesetzt fühlt. Die Diagnosekriterien nach DSM-IV und ICD-10 für Soziale Phobie finden sich im Anhang I.

Es werden verschiedene Typen von Sozialen Phobien unterschieden. Am häufigsten ist wahrscheinlich Angst vor öffentlichem Sprechen. Andere Soziale Phobien beziehen sich auf Nutzung öffentlicher Toiletten, Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit, Anziehen in Anwesenheit anderer, Rotwerden oder Schreiben vor anderen. Als „generalisiert“ wird eine Soziale Phobie eingeordnet, wenn viele verschiedene soziale Situationen aus Angst vor einer Blamage gefürchtet oder vermieden werden. Bei Kindern zeigen sich angstbezogene Probleme oft in der Schule, wie beim Sprechen vor der Klasse, beim Essen in der Schule oder beim Umziehen für den Sportunterricht (Francis, 1990). Ähnliches beobachtete auch Beidel (1998): Essen und Schreiben vor anderen scheint häufiger von betroffenen Kindern als von Erwachsenen berichtet zu werden; dahingegen geben Erwachsene häufiger Probleme beim Besuch von Treffen und Parties an als Kinder. Sowohl von betroffenen Kindern als auch Erwachsenen wird aber das öffentliche Sprechen am häufigsten als schwierig benannt. In ihrer Vergleichsstudie von Sozialer und Spezifischer Phobie fanden Strauss und Last (1993) bei den 29 Kindern mit einer Sozialen Phobie folgende phobische Stimuli: Schule bei 64% der Kinder, öffentliches Sprechen bei 57%, Rotwerden bei 25%, Menschenmengen bei 21%, Essen und/oder Trinken vor anderen bei 18%, Umziehen in Anwesenheit anderer bei 14% und Nutzung öffentlicher Toiletten bei 7%.

Soziale Phobien weisen im Durchschnitt einen späteren Beginn als TAS und Spezifische Phobien auf, sie werden im Mittel in der frühen Adoleszenz erstmals berichtet. Ihr Verlauf ist oft chronisch und nicht selten treten im Laufe des Lebens von Betroffenen auch noch andere psychische Störungen auf.

Tabelle 3.5: Epidemiologische Daten zu Sozialen Phobien

Erstauftretensalter	Prävalenz	Komorbidität und Verlauf
<ul style="list-style-type: none"> •12,3 Jahre (Strauss & Last, 1993) 	<ul style="list-style-type: none"> •0,9% bei 11-Jährigen (Anderson et al., 1987) •15% von Kindern, die wegen einer Angststörung Hilfe suchten (Last et al. 1987) •Mädchen häufiger als Jungen betroffen (Francis, 1990), Verhältnis 5:1 bei 11-Jährigen (Anderson et al., 1987) 	<ul style="list-style-type: none"> •etwa 50% nur eine Soziale Phobie, aber 36% drei oder mehr Phobien, bei Kindern mit Sozialer Phobie höhere Komorbiditätsraten mit Überängstlicher Störung und Störung mit Vermeidungsverhalten als bei Kindern mit Spezifischer Phobie, 17% auch depressive Symptomatik (Strauss & Last, 1993) – aber nur 29 Kinder betrachtet •Ausmaß der Beeinträchtigung hängt von Generalisiertheit der Problematik ab, bei eng umrissenen Situationen Beeinträchtigung deutlich geringer als wenn generalisierte Problematik (Francis, 1990), schwerwiegend auch die teilweise berichtete Schulverweigerung •Verlauf meist chronisch, aber Ausprägung kann schwanken (DSM-IV) •Soziale Phobien gehen Depressionen meist zeitlich voraus, wenn eine Person an beiden Störungen leidet (Lewinsohn et al, 1997) •bei depressiven Patienten häufig komorbide Soziale Phobie (Alpert et al., 1994, Schatzberg, Samson, Rothschild, Bond & Regier, 1998) •offenbar auch möglicher Vorläufer für spätere Anorexia Nervosa sowie Substanzstörungen (Alpert et al., 1994, Deep et al., 1995)

3.2.4 Andere Angststörungen

Die im Folgenden beschriebenen Angststörungen können zwar schon im Kindesalter auftreten, sind aber doch vergleichsweise selten bzw. wie die Posttraumatische Belastungsstörung oder die Akute Belastungsstörung eindeutig an ein äußeres Ereignis gebunden und werden daher nur kurz beschrieben. Da niedrige Fallzahlen zu erwarten sind, können sie in der vorliegenden Arbeit dann nicht gesondert betrachtet werden. Die Diagnosekriterien nach DSM-IV und ICD-10 sind im Anhang I zusammengestellt.

3.2.4.1 Generalisierte Angststörung (GAS)

Die Störung mit Überängstlichkeit des Kindesalters, die im DSM-III-R eine eigene Diagnose bildete, wird im DSM-IV unter der GAS erfasst. Die Störung mit Überängstlichkeit war eine sehr häufig im Kindesalter diagnostizierte Störung (z.B. Anderson et al., 1987). Bisher gibt es aber kaum Angaben über die Auftretensrate von GAS nach den Kriterien des DSM-IV im Kindesalter, so dass die vorliegende Arbeit diesbezüglich einen eher explorativen Charakter hat. Merkmale der Störung sind eine hohe Selbstaufmerksamkeit, somatische Beschwerden ohne körperliche Ursache, Spannungsgefühle und ein hohes Bedürfnis nach Bestätigung (Wenar, 1994). Die hohe Anspannung kann sich in Form nervöser Angewohnheiten zeigen, wie Nägelkauen, Fußwippen, Spielen mit den Haaren und Zappeln (Klein & Last, 1989). Laut DSM-IV (APA, 1994) gibt über die Hälfte von GAS betroffener, hilfesuchender Personen an, sich schon ihr ganzes Leben ängstlich und nervös gefühlt zu haben. Der Verlauf ist chronisch, aber schwankend; oftmals verschlimmert sich die Störung in Be-

lastungszeiten. GAS kann bereits in der Kindheit beginnen, ein Einsetzen nach dem 20. Lebensjahr ist jedoch häufiger.

3.2.4.2 Zwangsstörung

Eine Zwangsstörung beinhaltet Zwangsgedanken und/ oder -handlungen. Zwangsgedanken sind wiederholte, anhaltende und zeitweise als aufdringlich erlebte Gedanken, die erhebliche Angst oder Unwohlsein verursachen (DSM-IV, APA, 1994). Betroffene leiden unter einem inneren Drang bzw. Zwang, bestimmte Gedanken zu denken oder bestimmte Handlungen auszuführen. Im Allgemeinen leisten sie Widerstand gegen diesen Drang, was allerdings zu starker Unruhe, Angst oder auch Unbehagen führt. Die Störung zeigt eine ausgeprägte Tendenz zur Generalisierung. Ist beispielsweise zunächst nur der Gedanke „Selbstmord“ tabu, sind es später alle Gedanken, Gegenstände oder Situationen, die mit dem Tod in Zusammenhang gebracht werden und nun starke Angst auslösen (z.B. schwarz gekleidete Personen). Dies kann so weit gehen, dass Betroffene sich nur noch in einem Raum ihrer Wohnung aufhalten können, nicht arbeiten können oder nicht mit anderen Menschen kommunizieren können. Bereits die einfachsten täglichen Verrichtungen, wie die Morgentoilette, können zu einer stundenlang anhaltenden Qual werden. Zwangshandlungen sind beobachtbare oder gedankliche Handlungen, zu denen sich eine Person in Reaktion auf einen Zwangsgedanken gezwungen fühlt oder die sie nach starren Regeln ausführt. Die Verbindung zwischen einer ängstlichen Befürchtung und einer Zwangshandlung, um eine angenommene Katastrophe zu verhindern, ist oft unrealistisch (z.B. häufiges Händewaschen gegen Krebs oder „gute“ Gedanken denken, damit der Ehemann keinen Autounfall hat). Das Zwangsverhalten wird als ich-fremd (ich-dyston) und nicht lustvoll erlebt. Bei dem Versuch, es zu unterbinden, kommt es in der Regel zu Angst oder Ekel. Die häufigsten Inhalte betreffen Säubern, Kontrollieren und Aggressionen. Die Differentialdiagnose ist nicht immer einfach, da Zwangshandlungen auch im Rahmen anderer psychischer Störungen auftreten, so kommt es beispielsweise immer wieder zu Verwechslungen mit der Schizophrenie (vor allem im Kindesalter ist die Differenzierung hier nicht immer einfach). Zwangsstörungen können schon im Kindesalter auftreten. Swedo und Rapoport (1990) erwähnen Studien von Berman (1942) und Hollingsworth et al. (1980), die jeweils eine Prävalenz von 0,2% bei klinischen Stichproben fanden. In anderen Studien, die von Swedo und Rapoport (1990) genannt werden, lagen die Auftretensraten in nichtklinischen Stichproben bei 0,3 bis 0,4%. Swedo, Leonard und Rapoport (1992) beobachteten über die Zeit oft wechselnde Rituale oder Zwangsgedanken. Bei 6- bis 8-Jährigen scheinen vor allem Wasch- und Kontrollrituale aufzutreten, die aber noch nicht mit Zwangsgedanken verbunden sind. Besonders hohe Komorbiditäten bestehen offenbar mit Depressionen und Angststörungen, es werden aber auch Entwicklungsstörungen und expansive Störungen berichtet. Bei etwa zwei Drittel Betroffener scheinen Zwangsstörungen stabil zu verlaufen. Als mittleres Erstauftretensalter werden knapp 10 Jahre angegeben. Da Zwangsstörungen gerade im Kindesalter bei Jungen häufiger aufzutreten scheinen als bei Mädchen, ist eine zu geringe Fallzahl zu erwarten, so dass hier auf eine weitergehende Betrachtung verzichtet wird.

3.2.4.3 Posttraumatische Belastungsstörung (PTB)

Bei der PTB handelt es sich um die einzige Angststörung (neben der ganz ähnlich gelagerten und daher nicht gesondert beschriebenen Akuten Belastungsreaktion), die per definitionem auf ein traumatisches Ereignis zurückgeht. Als Reaktion auf dieses Ereignis treten Angst und Anspannung zusammen mit erhöhter Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit auf. Die Angst ist so stark, dass es typischerweise zur Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen kommt; die Patienten können sich nur noch schwer konzentrieren und ihre Gedächtnisleistung lässt nach. Außerdem zeigen die Patienten häufig große Gereiztheit. Betroffene versuchen im allgemeinen, die Erinnerung an das Trauma weit von sich zu schieben. Sie vermeiden Orte, Situationen oder auch Personen, die sie an das belastende Ereignis erinnern. Es kommt zu sogenannten „Flash-Backs“ und Alpträumen, in denen das Ereignis wiedererlebt wird. Die meisten Patienten leiden unter massiven Schlafstörungen. Des Weiteren treten Symptome aus dem Bereich der dissoziativen Störungen auf. Es kann zu Derealisation und Depersonalisation kommen. Die Patienten ziehen sich sozial zurück, fühlen sich emotional abgestumpft und abgeschnitten von anderen. Situationen, die eine PTB auslösen können, sind Kriege, Überfälle oder Vergewaltigungen, Unfälle oder auch Naturkatastrophen wie Erdbeben oder Brände. Die Situationen zeichnet in der Regel aus, dass sich die betroffene Person in ihrem Leben oder ihrer Gesundheit massiv bedroht sieht oder eine ihr nahestehende Person bedroht wird. Bei der Entstehung einer PTB spielen aber auch Vulnerabilitäten (familiäre Risiken, Vorerfahrungen, kulturelle Besonderheiten etc.) eine Rolle. PTB kann in jedem Alter auftreten, da das Erleben eines Traumas in jedem Alter möglich ist. Diese Störung soll aber in der vorliegenden Arbeit aufgrund der Ereignisgebundenheit nicht gesondert betrachtet werden, geht allerdings bei der Betrachtung von Angststörungen als Gruppe mit ein.

3.2.4.4 Agoraphobie und Panikstörung

Da der Beginn einer Panikstörung mit/ ohne Agoraphobie meist zwischen dem späteren Jugendalter und etwa dem 35. Lebensjahr liegt, soll hier auch nur eine kurze Beschreibung erfolgen. Nur in seltenen Fällen beginnt die Störung schon im Kindesalter. Hauptkennzeichen einer Panikstörung sind häufige Angst- bzw. Panikanfälle ohne feststellbare somatische Ursache oder die dauerhafte Sorge vor solchen Anfällen. Angstanfälle sind plötzlich auftretende Zustände intensiver Furcht oder von Unbehagen mit einer Vielzahl körperlicher und psychischer Symptome und dem Gefühl drohender Gefahr. Sie dauern im Durchschnitt etwa 30 Minuten, können aber auch erheblich kürzer sein. Die wichtigsten Symptome sind Herzklopfen, -stolpern oder -rasen, Benommenheit bzw. „Schwindel“, Magen-Darm-Beschwerden, Schwitzen, Zittern, Brustschmerzen und Beklemmung sowie die Befürchtung zu sterben, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden und Depersonalisation bzw. Derealisation. Viele Angstanfälle treten „spontan“ bzw. unerwartet auf, d.h. sie entstehen ohne für den Patienten erkennbare Ursache und sind nicht regelmäßig an bestimmte Situationen gebunden. In der Folge kommt es häufig zu Vermeidungsverhalten. Die Patienten schränken ihren Lebensstil ein, sie gehen nicht mehr an Orte, an denen sie Angstanfälle erlebt

haben. Wenn zumindest ein Teil der Anfälle situativ ausgelöst wird und Vermeidungsverhalten besteht, liegt eine Agoraphobie vor. Üblicherweise werden dabei Situationen (z.B. Menschenmengen, Kaufhäuser, öffentliche Verkehrsmittel, allein weit weg von zu Hause sein) vermieden, in denen es besonders unangenehm oder gefährlich sein könnte, einen Angstanfall zu haben.

3.3 Expansive Störungen

In der dieser Arbeit zugrundeliegenden Studie wurden die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (SOT) und die Störung des Sozialverhaltens (SSV) erfasst, die sich den expansiven Störungen zuordnen lassen. Alle drei Störungen weisen eine gewisse Tendenz auf, für das Umfeld Betroffener belastender als für die Betroffenen selbst zu sein: „the victims are more troubling than troubled“ (Egan, 1992). Im DSM-IV sind diese drei Störungen unter dem Kapitel „Störungen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend“ zu finden. Daher sollen auch alle drei Störungen ausführlicher beschrieben werden und dann in detailliertere Auswertungen eingehen. Als erstes wird die Einordnung dieser Störungen im DSM-IV der Klassifikation im ICD-10 gegenübergestellt (Tabelle 3.6).

Tabelle 3.6: Klassifikation der expansiven Störungen

DSM-IV	ICD-10
Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens	Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens
314.xx Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung -vorwiegend unaufmerksamer Typus -vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus -Mischtypus	F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens F98.8 Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität
313.81 Störung mit oppositionellem Trotzverhalten	F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
312.8 Störung des Sozialverhaltens	F91x8 Störungen des Sozialverhaltens

Im ICD-10 erfolgt teilweise eine genauere Einteilung der verschiedenen Störungen des Sozialverhaltens nach besonderen Kriterien, z.B. ob soziale Bindungen vorhanden sind oder nicht. Da das eingesetzte Diagnoseinstrument sich aber auf die Kriterien des DSM-IV stützt soll an dieser Stelle nicht weiter auf diese Unterteilungen eingegangen werden, da diese in der vorliegenden Studie auch keine weitere Betrachtung erfahren können.

3.3.1 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Kurzdefinition

ADHS ist gekennzeichnet durch eine Neigung, Aufgaben vorzeitig abubrechen oder Tätigkeiten nicht zu beenden (beeinträchtigte Aufmerksamkeit) und/ oder exzessive Ruhelosigkeit und Zappeligkeit (Hyperaktivität und Impulsivität). Betroffene Kinder wechseln häufig von einer Tätigkeit zur anderen. Defizite bei Aufmerksamkeit und Ausdauer sowie das Ausmaß von Aktivität sind dabei im Verhältnis zur Situation und zum Alter sowie Intelligenzniveau des Kindes sehr stark ausgeprägt. Die charakteristischen Probleme weisen eine längere Dauer auf. Oftmals zeigen sich schwerwiegendere Probleme im ersten Schuljahr, weil da eine Vielzahl strukturierter und organisierter Situationen ein deutlich höheres Maß an eigener Verhaltenskontrolle fordern, als das beispielsweise noch im Kindergarten der Fall war. Wesentlich ist aber auch, dass einige Symptome schon vor dem Schuleintritt auffallen.

Phänomenologie und Klassifikation

Fallbeispiel:

Andrea ist 11 Jahre alt und geht seit diesem Jahr auf das Gymnasium. Sie beschreibt sich als sehr vergesslich und schusslig, wodurch sie häufiger Probleme in der Schule und mit ihren Eltern bekommt. Besonders in der Schule fällt es ihr schwer, aufmerksam zu sein und sich zu konzentrieren. Sie träume dann immer irgendwie. Ihre Schulaufgaben bringt sie so gut wie nie zu Ende und auch beim Spiel kann sie nicht bei einer Sache bleiben. Andrea berichtet, dass sie in den letzten zwei Wochen zweimal ihren Sportbeutel samt Turnschuhen und Turnkleidung irgendwie verbummelt habe. Auch im Gespräch fallen motorische Unruhe und Zappigkeit auf, sie spielt ständig mit ihren Haaren und Händen und kann auch ihre Füße kaum still halten. Die Mutter ergänzt, dass sie schon mit 4 oder 5 Jahren im Kindergarten deutlich unruhiger gewesen sei als andere Kinder. Mit Schulbeginn haben sich die Probleme verstärkt.

Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität sind Phänomene, denen wahrscheinlich jeder schon einmal begegnet ist. Die auffälligen Verhaltensweisen sind besonders deutlich in Situationen, in denen eine längere Aufmerksamkeitsspanne oder geistige Anstrengung erforderlich ist oder die den Reiz des Neuen verloren haben. Sie behindern eine Integration in Gruppen maßgeblich und beeinträchtigen dadurch auch die schulischen Leistungen. Die Symptome können völlig verschwinden oder unterdrückt werden, wenn der Betroffene massiv kontrolliert wird oder angemessenes Verhalten regelmäßig belohnt wird. Nicht jedes Kind, das diese Verhaltensauffälligkeiten zeigt, ist auch gestört. Derartig zerstreutes Verhalten ist ein charakteristisches Merkmal der Entwicklung, das man besonders häufig im Vorschulalter und in den ersten Schuljahren beobachten kann. Daher sollte bei der Diagnosevergabe sehr gewissenhaft vorgegangen werden, um eine unnötige Stigmatisierung der Kinder zu vermeiden. Im Anhang I sind die Diagnosekriterien für ADHS nach DSM-IV und ICD-10 zusammengestellt. Das DSM-IV unterscheidet drei Subtypen der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung, den vorwiegend Unaufmerksamen Typus, wenn nur Symptome der Unaufmerksam-

keit vorliegen, den vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiven Typus, wenn nur Symptome für die Hyperaktivität/Impulsivität vorliegen und den Mischtypus, wenn Symptome sowohl der Unaufmerksamkeit als auch der Hyperaktivität vorliegen. Mädchen zeigen offenbar weniger Verhaltensauffälligkeiten aber mehr kognitive Probleme (Miller & Castellanos, 1998). Aggressives Verhalten und komorbide Verhaltensstörungen (SOT oder SSV) werden eher beim hyperaktiv/ impulsiven Typus der ADHS beobachtet. Miller und Castellanos (1998) weisen auch darauf hin, dass Mädchen aufgrund der weniger „störenden“ Symptomatik oft nicht entdeckt und damit auch seltener behandelt werden.

Im Unterschied zu den im Vorfeld beschriebenen Angststörungen tritt ADHS deutlich häufiger bei Jungen als bei Mädchen auf und Betroffene zeigen schon sehr früh Auffälligkeiten, aber eine sichere Diagnosestellung ist erst im Grundschulalter möglich. Eine hohe Komorbidität besteht mit SOT und SSV sowie im Laufe des Lebens auch mit affektiven und Substanzstörungen.

Tabelle 3.7: Epidemiologische Daten zu ADHS

Erstauftritts- alter	Prävalenz	Komorbidität und Verlauf
<ul style="list-style-type: none"> • 2,2 Jahre (Biederman et al., 1996), aber sichere Diagnose erst ab Grundschulalter möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • 12,3% bei Kindergartenpopulation (Döpfner, Berner, Fleischmann & Schmidt 1993) • 18,4% in einer kinderpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation (Döpfner, 1998) • 8,5% bei 10- bis 13-jährigen Mädchen (17,1% bei Jungen), 6,5% bei 14- bis 16-jährigen Mädchen (11,4% bei Jungen), 6,2% bei 17- bis 20-jährigen Mädchen (5,8% bei Jungen) (Cohen et al. 1993) • Verhältnis Jungen:Mädchen zwischen 2:1 und 9:1 (DSM-IV) 	<ul style="list-style-type: none"> • hoher Prozentsatz mit SOT oder SSV komorbid, mit SOT 65%, mit SSV zwischen 22 und 50% (Döpfner, 1998, Biederman et al., 1996) • bei 11% komorbide bipolare Störung und nach vier Jahren bei weiteren 12% bipolare Störung (Biederman et al., 1996) • 68% mit affektiven Störungen komorbid (Butler, Arredondo & McCloskey, 1995) • bei 40 bis 60% Komorbidität mit SOT oder SSV (Hechtman, 1999) • jüngere Kinder zeigen oft mehr Symptome als ältere • aufgrund einer Vielzahl sehr früher negativer Rückmeldungen und erlebter Ablehnung (durch Gleichaltrige oder Lehrer) und Misserfolge oftmals emotionale Auffälligkeiten, mangelndes Selbstvertrauen und soziale Unsicherheit sowie gehäuftes Auftreten von affektiven und Angststörungen (Pliszka, 1998) • bei 30% Remission, bei 50 bis 60% Fortbestehen von Konzentrationsproblemen, Impulsivität und interaktionalen Problemen, bei 10 bis 15% spätere erhebliche psychiatrische Probleme (Hechtman, 1999)

3.3.2 Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (SOT) und Störung des Sozialverhaltens (SSV)

Kurzdefinition (SOT)

Die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten ist gekennzeichnet durch deutlich aufsässiges, ungehorsames und trotziges Verhalten, wobei schwere dissoziale oder aggressive Verhaltensweisen fehlen. Besonders typisch ist, dass betroffene Kinder oder Jugendliche häufig und aktiv Anforderungen oder Regeln Erwachsener missachten. Sie sind oft wütend auf und verärgert über andere Menschen. Das problematische Verhalten tritt dabei oft deutlicher gegenüber vertrauten Personen auf.

Fallbeispiel (SOT):

Ann-Katrin ist ein 10-jähriges Mädchen, die in der Gesprächssituation hier unauffällig erscheint. Ihre Mutter berichtet, dass sie immer weniger mit ihr zurechtkäme. Die Tochter schaffe es immer wieder, die Mutter mit ihrem trotzigem Verhalten „auf die Palme“ zu bringen. Es gäbe daher zunehmend Streit. Ann-Katrin erzählt dann, dass es sie nerve, wenn die Mutter irgendwelche Aufgaben für sie hätte. Die zwei Jahre jüngere Schwester mache sie auch oft so wütend und eigentlich sei diese schuld, dass sie als die ältere so oft Probleme mit der Mutter habe. Die Mutter mache sich auch zunehmend Sorgen um den weiteren schulischen Werdegang, da Ann-Katrin sich nun auch in der Schule immer trotziger benehme und sie in letzter Zeit auch immer wieder von der Klassenlehrerin zu diesbezüglichen Gesprächen eingeladen worden sei.

Kurzdefinition (SSV)

Eine Störung des Sozialverhaltens ist durch andauernde und wiederholte dissoziale und aggressive Verhaltensweisen gekennzeichnet, die schwerwiegender als gewöhnliche kindliche Streiche oder jugendliche Aufmüpfigkeit sind. Dazu gehören Verhaltensweisen wie extremes Streiten, Tyrannisieren anderer, Grausamkeit gegenüber anderen Menschen oder Tieren, Schuleschwänzen und Weglaufen von zu Hause.

Fallbeispiel (SSV):

Tina ist 14 Jahre alt und besucht zur Zeit die 7. Klasse einer Realschule. Seit sie 12 ist, schwänzt sie immer wieder die Schule. Sie gibt bei ihren Klassenkameradinnen an, dass sie schon harte Sachen getrunken habe und auch viel vertrage. Auch habe sie schon einige Drogen ausprobiert. Die Mutter stellt sie vor, weil sie nun innerhalb der letzten zwei Monate wiederholt tagelang nicht nach Hause gekommen sei. Dass sie mal eine Nacht wegbleibe, daran habe sich die Mutter schon fast gewöhnt. Aber jetzt gleich mehrere Tage wegzubleiben, das gehe entschieden zu weit. Außerdem habe die Mutter Sorge, dass Tina schwanger werden könnte, da sie nun auch einen 19-jährigen Freund habe. Es habe auch schon wiederholt Ärger mit der Polizei gegeben, da Tina immer wieder Kosmetika in Geschäften gestohlen hatte. Insgesamt befürchtet die Mutter, dass Tina auf „die schiefe Bahn“ geraten könnte.

Phänomenologie und Klassifikation von SOT und SSV

Oppositionell-troztiges Verhalten kann von sehr fokussierten Widerständen, die sich nur in einem Symptom äußern, bis zu generalisierter Opposition, die eine Störungsdiagnose rechtfertigt, reichen. Die Entwicklungsperiode ist über einen langen Zeitraum, vom Krabbelalter bis zur Adoleszenz, gespannt. Bereits die andauernde Verweigerung des Essens durch den Säugling wird als eine Prädisposition für Negativismus gesehen (Wenar, 1994). Die starke diagnostische Überlagerung der SOT und der SSV ist Gegenstand zahlreicher Studien. Loeber, Lahey und Thomas (1991) nennen drei verschiedene Konzepte dazu:

- die diagnostischen Kategorien sind zwei völlig verschiedene Einheiten,
- sie sind mehr oder weniger starke Ausprägungen derselben Ätiologie, wobei bei einigen Jugendlichen im Laufe der Zeit aus leichten (SOT) schwere Symptome (SSV) werden,
- es handelt sich um zwei getrennte Störungen, deren Ätiologie nur teilweise identisch ist.

Dabei besteht bei weitem keine Einigkeit darüber, welches der Konzepte das Verhältnis beider Störungen richtig darstellt. So gehen u.a. Schachar und Wachsmuth (1991) davon aus, dass die SOT eine Variante der SSV ist. Wenar (1994) bevorzugt hingegen die Trennung der beiden Diagnosen. Die Untersuchungen von Loeber, Lahey und Thomas (1991) ergaben, dass verschiedene Störungscharakteristika für eine Trennung sprechen (u.a. mangelnde Kovariation von Verhaltensweisen, andere Verläufe) andere dagegen (u.a. Vorhersagbarkeit einer SSV durch eine SOT). Die vorliegende Arbeit orientiert sich am Konzept der Trennung der beiden Störungsbilder, zum einen weil die diagnostischen Kriterien des DSM-IV zugrundegelegt werden und dort eine Differenzierung der beiden Diagnosen erfolgt, zum anderen, weil die Entwicklungsverläufe von beiden Störungen für eine Trennung der Diagnosen sprechen. Im Anhang I können die diagnostischen Kriterien für die SOT nach DSM-IV und ICD-10 nachgelesen werden.

Es gibt nur wenige Studien, die sich mit der SSV bei Mädchen und jungen Frauen beschäftigt haben. Zum einen war man lange der Meinung, dass die SSV nur bei Jungen von Bedeutung sei; zum anderen sind die für beide Geschlechter gültigen Diagnosekriterien nur unzureichend passend für das weibliche Störungsbild und lassen daher nur sehr geringe Prävalenzen zu. Während Jungen mehr direkte Aggressionen zeigen, indem sie kämpfen, stehlen und vandalieren, bevorzugen Mädchen nichtkonfrontative Verhaltensweisen, wie lügen, die Schule schwänzen, weglaufen oder Drogen nehmen. Das Spektrum der antisozialen Verhaltensweisen ist sehr groß, so dass sehr verschiedene Störungsbilder möglich sind. Entsprechend verschieden sind auch die Entwicklungsverläufe. Eine besonders negative Rolle spielt dabei Aggression. Die Diagnosekriterien für die SSV nach DSM-IV und ICD-10 finden sich im Anhang I. Im DSM-IV wurden die Symptome um zwei neue ergänzt („über Nacht wegbleiben“, „andere bedrohen“). In den Feldversuchen zum DSM-IV hat man festgestellt, dass diese beiden Verhaltensweisen typisch für sozialverhaltensgestörte Mädchen sind.

Man erhofft sich damit eine Verbesserung der Diagnostik von Mädchen, die durch die DSM-III-R-Kriterien sehr wahrscheinlich nur unzureichend erfasst wurden.

Beide Störungen wurden kaum getrennt betrachtet, so dass spezifische Aussagen für SOT einerseits und SSV andererseits kaum möglich sind. Auch unterscheiden sich die Studien teilweise erheblich hinsichtlich der angelegten Kriterien, die natürlich damit eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse weiter erschweren.

In Tabelle 3.8 wurden epidemiologische Daten zu beiden Störungen zusammengestellt. Insgesamt kann gesagt werden, dass für Mädchen bzw. Frauen nur wenige methodisch geeignete Vergleichsstudien existieren. In der vorliegenden Arbeit werden keine Persönlichkeitsstörungen erfasst, so dass diesbezügliche Zusammenhänge nicht betrachtet werden können. Offenbar erhöhen SOT und SSV die Wahrscheinlichkeit für weitere psychische Störungen, sind aber hinsichtlich ihrer Auftretensrate und langfristigen Verlauf bei Mädchen bzw. Frauen auf Basis der Kriterien des DSM-IV nur ungenügend untersucht worden. Auch erscheinen störungsspezifische Betrachtungen für beide Störungen getrennt sinnvoll und sind bisher kaum erfolgt.

Tabelle 3.8: Epidemiologische Daten zu SOT und SSV

Erstauftritts- alter	Prävalenz	Komorbidität und Verlauf
<ul style="list-style-type: none"> •für SOT 5,4 Jahre (Biederman et al., 1996) •SOT selten vor dem 9. Lebensjahr (DSM-IV) •SSV meist im späteren Kindesalter, selten frühes Kindesalter oder nach 16 (DSM-IV) •SSV mit 8,9 Jahren (Biederman et al., 1996) 	<ul style="list-style-type: none"> •SOT 10,4% der 10- bis 13-jährigen Mädchen (14,2% der Jungen), 15,6% der 14- bis 16-jährigen Mädchen (15,4% der Jungen), 12,5% der 17- bis 20-jährigen Mädchen (12,2% der Jungen) (Cohen et al., 1993) •bei SOT Häufigkeitsverhältnis Mädchen : Jungen 1:1 bis 1:2 •für SSV sehr schwankende Angaben •SSV bei 3,8% der 10- bis 13-jährigen Mädchen (16% der Jungen), (Cohen et al., 1993) (vgl. auch Kapitel 4) 	<ul style="list-style-type: none"> •oftmals gemeinsam mit SSV betrachtet, daher nur wenige Ergebnisse zu SOT oder SSV allein, teilweise auch nur Häufigkeit aggressiven Verhaltens erfasst •47% der Kinder mit SOT leiden auch an SSV, 60% der Kinder mit SSV an SOT, dann allerdings nur SSV diagnostiziert (Cohen et al., 1993) •erhöhte Komorbiditätsraten von SOT mit depressiven Störungen, bipolaren Störungen, Substanzmissbrauch und Angststörungen (Lewinsohn et al., 1993, Cohen et al., 1993, Biederman et al., 1996) •nach einem Jahr bei 20% von SOT Betroffener (bei Ersterhebung 9, 11 oder 13 Jahre alt) zusätzlich SSV, bei 60% Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen (Angold & Costello, 1996) •aggressives Verhalten bei SOT erhöht die Wahrscheinlichkeit für spätere SSV (Loeber et al., 1991) •Vervierfachung der Häufigkeitsrate aggressiver Kinder zwischen 8. und 13. Lebensjahr (Esser et al., 1992) •Prognose weitaus günstiger, wenn SOT ohne SSV besteht (Lahey et al., 1994) •aggressives Verhalten sehr stabiles Verhaltensmuster (Esser et al., 1992), entscheidend für Aufrechterhaltung ist auch die Gruppe der Gleichaltrigen (Dumas, 1992) •bei SSV erhöhte Risiken auch für affektive und somatoforme Störungen (DSM-IV) •Personen mit SSV haben niedrigere Schulbildung bzw. verlassen Schule ohne Abschluss, betroffene Mädchen heiraten jünger und bekommen eher Kinder (Pajer, 1998)

3.4 Ausscheidungsstörungen – insbesondere Enuresis

Bei der dieser Arbeit zugrunde liegenden Studie wurden, was für eine epidemiologische Studie eher die Ausnahme ist, auch Ausscheidungsstörungen erfragt. Enuresis (Einnässen) und Enkopresis (Einkoten) werden sowohl im DSM-IV als auch im ICD-10 klassifiziert. Im DSM-IV sind sie wie auch die expansiven Störungen unter dem Kapitel „Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter“ aufgeführt. Tabelle 3.9 zeigt die Klassifikation der beiden Ausscheidungsstörungen.

Tabelle 3.9: Klassifikation der Ausscheidungsstörungen

DSM-IV	ICD-10
307.6 Enuresis	F98.0 Nichtorganische Enuresis
307.7 Enkopresis	F98.1 Nichtorganische Enkopresis

Aufgrund der zur erwartenden extrem niedrigen Auftretensrate von Enkopresis soll auf diese hier nicht ausführlicher eingegangen werden. Die Diagnosekriterien nach DSM-IV und ICD-10 können im Anhang I nachgelesen werden.

Kurzdefinition

Enuresis bezeichnet das unwillkürliche oder absichtliche Einnässen in einem Alter, in dem Blasenkontrolle und Trockensein erwartet werden können. Das Einnässen tritt mindestens zweimal wöchentlich über einen Zeitraum von drei Monaten auf oder verursacht klinisch signifikante Beeinträchtigung.

Phänomenologie und Klassifikation

Für das Einnässen wird auf die Schilderung eines Fallbeispiels verzichtet, da die Kurzdefinition einen ausreichenden Eindruck der Symptomatik vermittelt. Enuresis ist eine Erkrankung, die besorgte Eltern seit mehreren Jahrhunderten beschäftigt. So alt wie das Problem, so umfangreich sind die Methoden, mit denen es versucht wurde zu bekämpfen. Die häufigsten Maßnahmen waren schmerzhaftes Eingriffe an den Genitalien; aber auch Aberglaube und Lachtherapie kamen zum Einsatz. Heute ist Enuresis eines der meist verbreitetsten Probleme in pädiatrischen Einrichtungen (Vogel, Young & Primack, 1996). Laut Petermann und Essau (1998) erfolgen 5 bis 10% der Anmeldungen in psychologischen Beratungseinrichtungen wegen Problemen beim Sauberwerden. Die Blasenkontrolle am Tage wird von einem Großteil der Kinder mit ca. drei Jahren als erstes erworben. 75-80% der 4- bis 5-Jährigen schaffen es schließlich, auch nachts die Harnabgabe zu kontrollieren (u.a. Schaefer, 1979).

Enuresis kann zwei Gründe haben: Zum einen können organische Ursachen die Funktionsfähigkeit der Blasenkontrolle einschränken, zum anderen können psychische Bedin-

gungen dafür verantwortlich sein. Im DSM-IV werden drei verschiedene Typen von Enuresis unterschieden: Enuresis nocturna, Enuresis diurna, sowie ein Mischtypus. Enuresis nocturna bezeichnet das nächtliche Bettnässen, Enuresis diurna hingegen das Einnässen während des Tages. Eine weitere Differenzierung wird vorgenommen zwischen primärer und sekundärer Enuresis. Erstgenannte liegt vor, wenn ein Kind nicht für mindestens ein Jahr trocken war, letztgenannte, wenn das Kind bereits länger als ein Jahr trocken war. Das Erstauftretensalter für die Diagnose einer primären Enuresis liegt per definitionem bei 5 Jahren. Sekundäre Enuresis beginnt gewöhnlich zwischen fünftem und achtem Lebensjahr, kann jedoch jederzeit auch später auftreten.

Tabelle 3.10: Epidemiologische Daten zu Enuresis

Erstauftrittensalter	Prävalenz	Komorbidität und Verlauf
<ul style="list-style-type: none"> •per definitionem nicht vor dem Alter von 5 Jahren 	<ul style="list-style-type: none"> •Jungen häufiger betroffen als Mädchen (Warzak, 1993), bei 5-Jährigen 7% der Jungen und 3% der Mädchen betroffen, bei 10-Jährigen 3% der Jungen und 2% der Mädchen, mit 18 ca. 1% der Jungen und deutlich weniger als 1% der Mädchen (Feldstudien zum DSM-IV, 1989), bei Kindern aber auch höhere Raten (20%) beobachtet (Warzak, 1993) 	<ul style="list-style-type: none"> •bei etwa der Hälfte Betroffener eine weitere psychische Störung (Mikkelsen, Rapoport, Nee, Gruenau, Mendelson & Gillin, 1980) •keine erhöhte psychiatrische Komorbidität bei primärer Enuresis nocturna (Friman, Handwerk, Swearer, McGinnis & Warzak, 1998) •nur einer von acht Patienten nach einem Jahr ohne Behandlung sauber (Scott, Barclay & Houts, 1992) •in Längsschnittstudie jährliche Spontanremissionen von 14% zwischen 5. und 9. Lebensjahr und 16% zwischen 10. und 19. Lebensjahr (Forsythe & Redmond, 1974) •erhöhtes Risiko für spätere psychische Störungen vermutet (Mikkelsen et al., 1980) •13% anorektischer Patientinnen berichteten für das Kindesalter das Vorliegen einer Enuresis (Herpetz-Dahlmann, 1988)

Verwunderlich ist, dass Enuresis eines der häufigsten Probleme in der kinderärztlichen Praxis zu sein scheint, es aber innerhalb neuerer epidemiologischer Studien meist nicht mit erfasst wird. Die Ergebnisse hinsichtlich der Komorbidität mit anderen psychischen Störungen sind sehr widersprüchlich und uneinheitlich.

3.5 Affektive, somatoforme, Ess- und substanzgebundene Störungen

3.5.1 Affektive Störungen

Den in dieser Störungsgruppe zusammengefassten Störungen ist eine Veränderung der Stimmung bzw. Affektivität als wesentliches Merkmal gemeinsam. Dabei können diese Veränderung – was häufiger der Fall ist – in depressiver Richtung vorliegen oder auch in Richtung einer gehobenen bzw. gereizten Stimmung. Damit geht meist auch ein verändertes Aktivitäts- oder Antriebsniveau einher. Es gibt bei affektiven Störungen episodische und eher chronische Verläufe. In Tabelle 3.11 sind die wesentlichen in dieser Störungsgruppe zusammengefassten Störungen aufgeführt. Die Kriterien, die zur Diagnostik der jeweiligen Störung verwendet werden, sind im Anhang I zu finden.

Tabelle 3.11: Klassifikation der affektiven Störungen

DSM-IV	ICD-10
Depressive Störungen	
296.2x Major Depression, einzelne Episode	F32.x Depressive Episode
296.3x Major Depression, rezidivierend	F33.x Rezidivierende depressive Störung
300.4 Dysthyme Störung	F34.1 Dysthymia (unter anhaltenden affektiven Störungen gefasst)
Bipolare Störungen	
296.xx Bipolar I Störung	F31.xx Bipolare affektive Störung
296.89 Bipolar II Störung	F31.0 oder F31.8 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode oder Sonstige bipolare affektive Störung
301.13 Zykllothyme Störung	F34.0 Zykllothymia (unter anhaltenden affektiven Störungen gefasst)

Depressive Störungen weisen hohe Prävalenzraten auf und - wie an verschiedenen Stellen weiter oben erwähnt – folgen sie nicht selten zeitlich nach Angststörungen aber auch nach expansiven Störungen im Kindesalter. Bipolare Störungen sind wesentlich seltener als depressive; daher gibt es auch weniger klare Ergebnisse zu Zusammenhängen mit vorangehenden Störungen. Beispielsweise hat die Forschergruppe um Biederman in verschiedenen Studien Zusammenhänge zwischen ADHS und bipolaren Störungen finden können.

In Tabelle 3.12 (S.42) sind Erstauftretensalter, Prävalenzraten und Komorbiditätsmuster affektiver Störungen in Anlehnung an das DSM-IV zusammengestellt. Eine genauere Beschreibung affektiver Störungen ist an dieser Stelle aus Platzgründen leider nicht möglich.

Tabelle 3.12: Epidemiologische Daten zu den erfassten affektiven Störungen

Störung	Alter bei Beginn	Prävalenz	Komorbide Probleme
Major Depression bzw. Schwere Depressive Störung (SDS)	im Durchschnitt Mitte 20	Lebenszeitprävalenz für Frauen 10-25% (5-12% für Männer)	im Kindesalter oft ADHS, SOT oder auch SSV, Angststörungen im Jugendalter oft ADHS, SOT oder SSV, Angststörungen, Substanzstörungen und Ess-Störungen ansonsten: Substanzstörungen, Panikstörung, Zwangsstörung, Ess-Störungen
Dysthymie	Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter (früher Beginn: vor 21)	Lebenszeitprävalenz 6%, Punktprävalenz 3% im Kindesalter etwa gleiche Häufigkeit bei Mädchen und Jungen, im Erwachsenenalter Frauen zwei- bis dreimal häufiger betroffen als Männer	im Kindesalter: ADHS, SSV, Angststörungen, Lernstörungen, Entwicklungsstörungen ansonsten: Major Depression, Substanzstörungen
Bipolar I Störung	erste manische Episode Anfang 20	Lebenszeitprävalenz 0,4-1,6%; bei Männern und Frauen gleich häufig	ADHS und Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter
Bipolar II Störung	junges Erwachsenenalter	Lebenszeitprävalenz 0,5%; bei Frauen etwas häufiger als bei Männern	ansonsten: Ess-Störungen, Substanzstörungen, Soziale Phobie, Panikstörung
Zyklothymie	Jugend, junges Erwachsenenalter	Lebenszeitprävalenz 0,4-1,0%; bei Männern und Frauen gleich häufig	Substanzstörungen, erhöhtes Risiko für die Entwicklung Bipolarer Störungen

Wie auch diese Tabelle noch einmal zeigt, scheinen verschiedene psychische Störungen im Kindesalter Zusammenhänge mit affektiven, insbesondere depressiven Störungen aufzuweisen.

3.5.2 Somatoforme Störungen

Störungen dieser Störungsgruppe sind dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen unter körperlichen oder neurologischen Beschwerden leiden, für die es keinen organischen Befund gibt. Oftmals ist ein Zusammenhang zwischen einem Auftreten bzw. einer Zunahme der Beschwerden und psycho-sozialen Belastungen erkennbar. Im ICD-10 werden die dissoziativen (Konversionsstörungen) von den somatoformen Störungen unterschieden. Im DSM-IV werden die Konversionsstörungen der Gruppe der somatoformen Störungen zugeordnet. Da das eingesetzte diagnostische Interview auf den Kriterien des DSM-IV basiert, wird hier dieser Gruppierung gefolgt. Die Klassifikation der hier erfassten somatoformen Störungen nach DSM-IV und ICD-10 ist in Tabelle 3.13 zusammengestellt.

Tabelle 3.13: Klassifikation der somatoformen Störungen

DSM-IV		ICD-10	
300.81	Somatisierungsstörung	F45.0	Somatisierungsstörung
300.7	Hypochondrie	F45.2	Hypochondrische Störung
307.xx	Schmerzstörung	F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
300.11	Konversionsstörung	F44.x	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

Die Diagnosekriterien für die einzelnen Störungen nach den beiden Klassifikationssystemen sind wiederum im Anhang I zu finden. Somatoforme Störungen wurden bei der Verlaufsbetrachtung der weiter oben beschriebenen Störungen kaum erwähnt. Derartige Symptome scheinen durchaus auch schon bei Kindern im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen aufzutreten, z.B. Bauchschmerzen bei bevorstehenden Trennungen bei einem Kind mit einer TAS. Die in Tabelle 3.14 erfolgte kurze Beschreibung der erfassten somatoformen Störungen basiert auf dem DSM-IV.

Tabelle 3.14: Epidemiologische Daten zu den erfassten somatoformen Störungen

Störung	Alter bei Beginn	Prävalenz	Komorbide Probleme
Hypochondrie	meist frühes Erwachsenenalter	Rate in Allgemeinbevölkerung unbekannt, in Hausarztpraxen 4-9%, gleich häufig bei Frauen und Männern	Angststörungen, depressive Störungen
Somatisierungsstörung	erste Symptome im Jugendalter, volles Störungsbild Mitte 20	Lebenszeitprävalenz 0,2-2% bei Frauen (bei Männern weniger als 0,2%)	Angstsymptome, Major Depression, Substanzstörungen, Panikstörung
Somatoforme Schmerzstörung	jedes Alter möglich	Angaben schwierig, Frauen häufiger als Männer betroffen	Angststörungen, affektive Störungen zieht oft Medikamenten- oder sonstigen Substanzmissbrauch bis hin zur Abhängigkeit nach sich
Konversionsstörung	späte Kindheit bis frühes Erwachsenenalter, selten unter 10 oder über 35	11 bis 300/ 100.000; Häufigkeitsverhältnis Frauen : Männer zwischen 2:1 und 10:1	Major Depression, dissoziative Störungen

Wie Tabelle 3.14 vermuten lässt, sind keine spezifischen direkten Zusammenhänge zwischen Störungen im Kindesalter und somatoformen Störungen zu erwarten. Möglicherweise ergeben sich aber Zusammenhänge auf dem „Umweg“ über Angst- und affektive Störungen, die teilweise hohe Lebenszeitkomorbiditäten mit Störungen im Kindesalter aufweisen, aber auch mit somatoformen Störungen komorbid auftreten.

3.5.3 Ess-Störungen

Wie der Name dieser Störungsgruppe selbsterklärend beinhaltet, sind in dieser Störungsgruppe Störungen zusammengefasst, die durch ein gestörtes Essverhalten gekennzeichnet sind. Im hier eingesetzten Diagnoseinstrument wurden die zwei wesentlichen im DSM-IV beschriebenen Ess-Störungen erfasst. Tabelle 3.15 zeigt die Klassifikation innerhalb der beiden Klassifikationssysteme.

Tabelle 3.15: Klassifikation der Ess-Störungen

DSM-IV	ICD-10
307.1 Anorexia Nervosa	F50.0 Anorexia nervosa
307.51 Bulimia Nervosa	F50.2 Bulimia nervosa

Zu diesen beiden Ess-Störungen sind die Diagnosekriterien ebenfalls im Anhang I aufgeführt. Im DSM-IV werden als mittleres Erstauftretensalter von Anorexia Nervosa 17 Jahre genannt, wobei auch eine mögliche bimodale Verteilung diskutiert wird. Dabei wird eine Auftretenshäufung im Alter von 14 und von 18 Jahren genannt. Ein Auftreten der „Magersucht“ vor der Pubertät ist selten. Bei Frauen im späteren Jugend- und jungen Erwachsenenalter wird eine Prävalenz von 0,5-1,0% beschrieben. Mehr als 90% der Fälle von Anorexia Nervosa bestehen bei Frauen; die Datenlage für diese Störung bei Männern ist sehr begrenzt. Häufige komorbide Störung zur Anorexia Nervosa sind Major Depression und soziale Ängste, die allerdings häufig in Zusammenhang mit dem gestörten Essverhalten stehen. Bulimia Nervosa beginnt ebenfalls im späten Jugendalter oder jungen Erwachsenenalter, wobei tendenziell der Beginn wohl etwas später als bei Anorexia Nervosa liegt. Die Prävalenz liegt für die „Ess-Brech-Sucht“ bei jungen Frauen mit 1-3% höher als für die Anorexia Nervosa. Über das Auftreten dieser Störungen bei Männern gibt es bisher nur wenige Angaben, allerdings scheinen mindestens 90% der Betroffenen Frauen zu sein. Es kann von einem Verhältnis von 10:1 zwischen Frauen und Männern ausgegangen werden. Depressive Störungen treten häufig komorbid mit Bulimia Nervosa auf, aber auch Angststörungen und Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit sind häufige komorbide Probleme. Bulik, Sullivan, Fear und Joyce (1997) fanden, dass bei 90% der untersuchten anorektischen Patientinnen, bei 94% der bulimischen Patientinnen und bei 71% der von einer Major Depression Betroffenen komorbide Angststörungen bestanden, die dem Auftreten der Ess- oder affektiven Störung vorausgegangen waren.

3.5.4 Substanzgebundene Störungen

Innerhalb dieser Störungsgruppe wird jeweils hinsichtlich einer bestimmten Substanzgruppe zwischen Missbrauch und Abhängigkeit sowie Vergiftung und Entzug unterschieden. Auf die beiden letztgenannten wird hier nicht weiter eingegangen. Wesentliches Merkmal bei Missbrauch und Abhängigkeit ist ein unangepasstes Konsummuster bezüglich einer Substanz, das fortgesetzt wird trotz damit einhergehender sozialer, beruflicher oder anderer zwischenmenschlicher sowie legaler Probleme. Abhängigkeit ist darüber hinaus durch Toleranzentwicklung, Entzugssymptome und das sogenannte „Craving“ (starke Gier nach der jeweiligen Substanz) gekennzeichnet. Die diagnostischen Kriterien entsprechend DSM-IV und ICD-10 sind im Anhang I aufgeführt. Tabelle 3.16 zeigt einen Überblick zur Klassifikation der substanzgebundenen Störungen.

Tabelle 3.16: Klassifikation der substanzgebundenen Störungen

DSM-IV		ICD-10	
303.90	Alkoholabhängigkeit	F10.2x	Alkoholabhängigkeit
305.00	Alkoholmissbrauch	F10.1	Alkoholmissbrauch
304.10	Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Anxiolitika)	F13.2x	Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika)
305.40	Medikamentenmissbrauch (Sedativa, Hypnotika, Anxiolitika)	F13.1	Medikamentenmissbrauch (Sedativa, Hypnotika)
304.xx	Substanzabhängigkeit	F1x.2x	Substanzabhängigkeit
305.xx	Substanzmissbrauch	F1x.1	Substanzmissbrauch

Substanzgebundene Störungen werden bei Männern häufiger als bei Frauen beobachtet. Allgemein richtet sich Missbrauch und Abhängigkeit von einer Substanz natürlich auch nach deren Verfügbarkeit. Im Alter zwischen 18 und 24 Jahren wird viel „ausprobiert“ auch hinsichtlich verschiedener Substanzen. Am häufigsten wird dabei neben Alkohol auch Cannabis als eine illegale Droge konsumiert. Klinisch relevanter Missbrauch, der dann auch zur Abhängigkeit werden kann, manifestiert sich erst etwas später, ab ca. Mitte 20. Häufige komorbide Störungen sind Angst- und depressive Störungen. Wie weiter oben aufgeführt, sind expansive Störungen im Kindesalter nicht selten mit substanzbezogenen Störungen im Erwachsenenalter verbunden. Allerdings wird gerade Alkohol auch häufig im Sinne einer „Selbstmedikation“ bei Angststörungen eingesetzt und kann auf diesem Wege zu einem zusätzlichen Problem werden. Auf diese Art und Weise kann es auch zu Missbrauch und Abhängigkeit von Beruhigungs- oder angstlösenden Mitteln kommen.

Kapitel 4 Epidemiologische Studien zu psychischen Störungen im Kindesalter und ihrem Verlauf

4.1 Einleitung

Epidemiologie ist „die Wissenschaft von der Entstehung, Verbreitung, Bekämpfung und den sozialen Folgen von Epidemien, zeittypischen Massenerkrankungen und Zivilisationschäden“ (Duden, Fremdwörterbuch, 1990, S.223). Diese Definition zeigt den ursprünglichen Wortsinn. Epidemiologie befasste sich anfangs ausschließlich mit Epidemien übertragbarer Krankheiten, wie beispielsweise Typhus und Cholera. Im Laufe der Zeit verlagerte sich der Fokus epidemiologischer Forschung auf nicht infektiöse, chronische Krankheiten und umfasste auch zunehmend psychische Störungen. Hauptaufgaben der Epidemiologie sind Analysen zu Entstehung, Verlauf und Ausgang von Krankheiten. Außerdem sollen Krankheitsrisiken ermittelt und Hypothesen über die Beziehung zwischen Umweltfaktoren und Krankheiten geprüft werden. Es wird zwischen deskriptiver und analytischer Epidemiologie unterschieden. Die deskriptive Epidemiologie untersucht dabei Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten in definierten Bevölkerungsgruppen, wogegen die analytische Epidemiologie auf der Grundlage von Hypothesen die Zusammenhänge von Krankheiten erforscht. Die Diagnostik psychischer Störungen erfolgt anhand von zwei konkurrierenden Diagnosesystemen: dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association (APA) sowie dem ICD, der International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die dort aufgeführten Kriterien wurden und werden von allen neueren epidemiologischen Untersuchungen bei der Diagnosestellung berücksichtigt. Nach Perkonig und Wittchen (1995) umfasst das Spektrum der Epidemiologie folgende Bereiche:

- (1) Ermittlung der Dimensionen von Morbidität und Mortalität als Funktion der Person, des Ortes und der Zeit,
- (2) Quantifizierung von Risiken der Entwicklung einer Störung (Diathese-Stress-Interaktion),
- (3) Identifikation und Definition von Syndromen,
- (4) Beschreibung des natürlichen Verlaufs (Zeitpunkt des Ausbruchs, Dauer, Wiederauftreten, Komplikationen, Beeinträchtigungen),
- (5) Identifikation von Faktoren, die den Verlauf und den Ausgang beeinflussen oder vorhersagen,
- (6) Suche nach Ursachen von Störungen und
- (7) Evaluation spezifischer Methoden von Prävention und Kontrolle von Störungen.

Epidemiologische Ansätze gehen also über eine reine Häufigkeitserfassung von Störungen weit hinaus und können auch für Betrachtungen hinsichtlich von Ursachen und Verlauf einer Störung, für Behandlungs- und Präventionsforschung herangezogen werden. Als erste veröffentlichte Studie zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindesalter nennt Verhulst (1995) eine Studie von Lapouse und Monk aus dem Jahre 1958. Seitdem haben sich innerhalb der epidemiologischen Forschung deutliche Entwicklungen vollzogen. Anfangs variierten die Studien hinsichtlich ihrer Methodologie sehr stark. Auch waren die Kriterien für das Vorliegen einer Störung noch zu wenig operationalisiert. Somit war die Einschätzung, ob eine Störung besteht und welche Störung vorliegt, wesentlich vom klinischen Urteil des jeweiligen Diagnostikers abhängig und damit zwischen verschiedenen Studien kaum vergleichbar. Eine einflussreiche Studie aus dieser Zeit war die Isle-of-Wight-Studie von Rutter und Kollegen, die Mitte der 60er Jahre durchgeführt wurde. Allerdings sind die Ergebnisse dieser Studie kaum mit anderen Studien vergleichbar, da jeweils andere Diagnosekriterien angewandt und unterschiedliche Instrumente eingesetzt wurden. Einen nächsten Entwicklungsschritt innerhalb der epidemiologischen Betrachtung psychischer Störungen im Kindesalter war mit der Einführung des DSM-III-R (APA, 1987) verbunden. Das DSM-III-R bot erstmals klar operationalisierte Diagnosekriterien und ermöglichte so eine reliablere Diagnosestellung. Damit war auch die Möglichkeit zur Entwicklung geeigneter Erfassungsinstrumente verbessert. Diagnostische Interviews, die zwar auch schon für frühere Diagnosemanuale existierten, ermöglichten eine zunehmend reliable Diagnosestellung. Besondere Schwierigkeiten innerhalb der Diagnosestellung bei Kindern ergeben sich aus dem Einbeziehen verschiedener Informanten (Kind selbst, Eltern, Lehrer). Hier stellt sich das Problem, wie man mit widersprüchlichen Informationen umgeht. Dabei hat sich inzwischen durchgesetzt, hinsichtlich externalisierender Störungen verstärkt Angaben von Eltern und Lehrern zu betrachten und hinsichtlich internalisierender Störungen Angaben des jeweiligen Kindes.

Auf Grundlage dieser Entwicklungen liegt es nahe, an auszuwählende epidemiologische Studien bestimmte Kriterien anzulegen (vgl. Abschnitt 4.3), um eine möglichst gute Vergleichbarkeit mit der vorliegenden Studie zu gewährleisten. Da in der vorliegenden Arbeit die Kriterien des DSM-IV (APA, 1994) eingesetzt wurden, erscheint es sinnvoll, vor allem Studien, die ebenfalls das **DSM-IV** anwendeten, auszuwählen. Da die Operationalisierung der Störungen beim **DSM-III-R** und auch im **ICD-10** der Störungsdefinition im DSM-IV relativ ähnlich ist, sollen auch Studien, die diese Kriterien zugrundelegten, einbezogen werden. Allerdings werden sich dabei bereits Einschränkungen zeigen, da gerade hinsichtlich der Diagnosestellung im Kindesalter zwischen DSM-III-R und DSM-IV Veränderungen vorgenommen wurden und ebenfalls zum ICD-10 Unterschiede bestehen. Allerdings ist es bei Verlaufsstudien auch möglich, Studien mit einzubeziehen, die vor der Entwicklung des DSM-III-R begannen, sofern sie strukturierte Interviews mit Eltern oder Kind einsetzten und zu einem späteren Zeitpunkt die aktuelleren Diagnosekriterien anwendeten. Die Diagnosen innerhalb der Studien sollten mittels **strukturierter Interviews** gestellt werden. Die Stichprobe sollte eine **Bevölkerungsstichprobe** und keine klinische Stichprobe sein. Dabei muss

gewährleistet sein, dass die Stichprobeziehung insbesondere bei mehrstufigen Designs eine Ermittlung der Prävalenzraten für die Grundgesamtheit zulässt, aus der die Stichprobe gezogen wurde. In Studien, bei denen mit Hilfe eines Screeninginstruments besonders belastete Probanden ausgewählt wurden und nur bei diesen eine weitere diagnostische Untersuchung erfolgte, ist eine Abschätzung von Prävalenzraten oder anderen Kennziffern für die Allgemeinbevölkerung nicht mehr möglich. Es handelt sich dann nicht mehr um eine repräsentative Stichprobe sondern um eine Risikopopulation. Außerdem sollten **geschlechtsspezifische Angaben** vorhanden sein, da unsere Stichprobe nur aus Frauen besteht. Informanten sollten möglichst **Eltern und/ oder Kinder** sein. Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass die Angaben von Kindern hinsichtlich psychischer Störungen erst ab einem gewissen Alter reliabel seien. Die diesbezüglichen Altersgrenzen liegen zwischen 9 und 12 Jahren. Da es in der vorliegenden Arbeit um den natürlichen Verlauf psychischer Störungen gehen soll, ist es auch notwendig, dass die Studien eine **längsschnittliche Betrachtung** durchführen, wobei das Zeitfenster von **unter oder genau 12 Jahren** bis **mindestens 18 Jahre** reichen sollte, da das eben auch das hier betrachtete Zeitfenster ist. Für Prävalenzangaben im Kindesalter können auch Querschnittsstudien herangezogen werden, die Kinder bis zum Alter von 12 Jahren untersucht haben.

4.2 Begriffe und Studiendesigns

Eine Voraussetzung zur angemessenen Interpretation der Ergebnisse epidemiologischer Studien ist das Verständnis für die verwendeten Begriffe und die sich dahinter verbergenden Kennwerte sowie für die Art der Studie. Daher soll im Folgenden zunächst auf wesentliche Begriffe, einige Studiendesigns und ihre jeweiligen Implikationen eingegangen werden.

Prävalenz (Bestand)

Dies ist wohl das gebräuchlichste Häufigkeitsmaß innerhalb der Epidemiologie. Sie bezeichnet den Anteil von Personen mit einer bestimmten Störung. Sie kann als Verhältnis der „aktiven“ Fälle zur Gesamtpopulation oder zur exponierten Bevölkerung ausgedrückt werden.

Die Angaben zur Prävalenz beziehen sich jeweils auf ein bestimmtes Zeitfenster. Dabei kann ein einziger Stichtag zugrundegelegt werden; dann spricht man von Punktprävalenz. Vereinzelt wird der Begriff der Punktprävalenz auch für einen Zeitraum bis zu sieben Tagen verwendet. Bei Angaben zur Punktprävalenz werden Störungen systematisch unterschätzt, die von kurzer Dauer oder periodischem Verlauf sind. Bezieht sich die Angabe auf einen längeren Zeitraum, wird von Periodenprävalenz gesprochen. Typische Zeiträume für diese Angaben sind ein Monat, sechs Monate oder ein Jahr. Je länger dabei der gewählte Zeitraum ist, desto besser können Störungen mit episodischen Verläufen erfasst werden. Den größten zu betrachtenden Zeitraum für Prävalenzangaben umfasst die Lebenszeitprävalenz. Wie die Be-

zeichnung schon erahnen lässt, handelt es sich dabei um eine Häufigkeitsrate für das Vorliegen einer Störung, die sich auf das gesamte Leben bis zum jeweiligen Erfassungstag bezieht. Die Angaben zu Prävalenzen können also auf sehr unterschiedliche Zeiträume bezogen sein. Es ist daher unabdingbar, dass bei der Interpretation von Prävalenzangaben das jeweilige Zeitintervall beachtet wird.

Inzidenz (Neuerkrankungsziffer)

Mit Hilfe der Inzidenz werden Angaben zur Rate der Neu- oder Wiedererkrankten gemacht. In epidemiologischen Untersuchungen wird dafür zunächst im Rahmen einer Ersterhebung die Prävalenz der interessierenden Störung bestimmt werden, um in einer darauffolgenden Zweiterhebung die Rate der Erst- oder Wiedererkrankungen zuverlässig ermitteln zu können. Lebenszeit-inzidenz beinhaltet die Erkrankungswahrscheinlichkeit auf die gesamte Lebenszeit bezogen.

Komorbidität

Dieses Wort leitet sich aus dem Lateinischen ab und setzt sich aus den Wortstämmen *ko-* bzw. *Ko-* und *morbus* zusammen. *Ko-* bzw. *ko-* sind Präfixe, die aus dem Lateinischen stammen (dort *co[n]-...*) und „zusammen mit, gemeinsam; Zweit-“ bedeuten. *Morbus* ist das lateinische Wort für Krankheit. Unter *Morbidität* wird die „Häufigkeit der Erkrankungen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe“ verstanden (vgl. Brockhaus, Fremdwörterbuch, 2001, S.893). Der Begriff *Komorbidität* beschreibt also das gemeinsame Auftreten von zwei oder mehr Krankheiten oder Störungen bei einer Person. Ähnlich wie bei der Prävalenz muss auch bei Betrachtungen zur Komorbidität das jeweilige Zeitfenster beachtet werden. Ob man beispielsweise die Komorbidität zweier Störungen innerhalb eines Jahres oder aber bezogen auf die bisherige Lebenszeit (Lebenszeitkomorbidität) untersucht, geht mit unterschiedlichen Ergebnissen einher, die eben nur entsprechend des zugrundeliegenden Zeitintervalls interpretiert werden können. Häufig wird die Komorbidität mit Hilfe des Odds Ratio angegeben (vgl. Abschnitt 6.7, S.116ff.).

Wie bereits erwähnt, wird zwischen *deskriptiver* und *analytischer* Epidemiologie unterschieden:

Die *deskriptive* Epidemiologie untersucht Häufigkeiten von Störungen oder Erkrankungen und Verteilungen hinsichtlich bestimmter Variablen, z.B. Personenvariablen (Alter, Geschlecht, Bildung, u.a.), örtlicher Variablen (Stadt oder Land), kultureller Variablen oder auch der Zeit. Studiendesigns, die innerhalb der *deskriptiven* Epidemiologie Anwendung finden, sind: Korrelationsstudien, Fallstudien (Betrachtung eines einzelnen Falles) und Querschnittsuntersuchungen. Korrelationsstudien beziehen sich auf die eine Gesamtpopulation, z.B. alle Einwohner Deutschlands. Es werden Register und Sterbetafeln o.ä. herangezogen. In der Epidemiologie psychischer Störungen spielen diese Studien kaum eine Rolle. Für die epi-

demologische Betrachtung psychischer Störungen sind dabei vor allem Querschnittsuntersuchungen relevant. Sie erfassen zu einem bestimmten Zeitpunkt innerhalb einer Stichprobe das Vorliegen bestimmter Störungen und Erkrankungen. Darüber hinaus wird innerhalb solcher Studien auch häufig retrospektiv das Vorliegen von früheren Störungen erfasst (vgl. Lebenszeitprävalenz, Lebenszeitkomorbidität). Die Studiendesigns innerhalb der *deskriptiven* Epidemiologie erlauben die Generierung von Hypothesen, lassen aber keine kausalen Schlüsse zu.

Die *analytische* Epidemiologie geht über die reine Deskription hinaus. Es wird nach Prädiktoren (Risiko- und Schutzfaktoren) für Störungen gesucht. Aus der *deskriptiven* Epidemiologie können hypothesengeleitet zu untersuchende Variablen ausgewählt werden. Innerhalb der analytischen Epidemiologie werden Fall-Kontroll-Studien, Interventionsstudien und Längsschnittstudien angewendet. Bei Fall-Kontroll-Studien wird eine Stichprobe von Personen, die an einer bestimmten Störung erkrankt sind, mit einer weitgehend parallelierten gesunden Kontrollgruppe verglichen. Bei Interventionsstudien wird durch die Art der Behandlung und deren Erfolg versucht, auf mögliche Determinanten für die jeweiligen Störungen zu schließen. Bei Längsschnittstudien wird eine Stichprobe hinsichtlich der interessierenden Störungen und der vermuteten Determinanten analysiert und dann nach einem gewissen Zeitraum erneut untersucht. Teilweise gibt es auch Längsschnittstudien mit mehr als zwei Messzeitpunkten. Bei diesen Studien müssen genügend große Stichproben einbezogen werden, um sicherzustellen, dass ein gewisser zeitlich bedingter drop-out (Wegfall von Probanden) verkraftet werden kann.

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf eine Querschnittsstudie. Sie lässt sich damit der *deskriptiven* Epidemiologie zuordnen und erlaubt die Ableitung von Hypothesen, lässt aber keine kausale Interpretation zu.

4.3 Überblick über eine Auswahl epidemiologischer Studien zu psychischen Störungen im Kindesalter und ihrem Verlauf

Wie weiter oben beschrieben, können Prävalenzraten aus verschiedenen epidemiologischen Studien nicht ohne Weiteres miteinander verglichen werden. Mehrere Faktoren können zu massiven Unterschieden führen. So spielt die Art der Stichprobenauswahl eine wesentliche Rolle, dazu gehören schon erwähnte Merkmale wie Alter (Kinder, Jugendliche, Erwachsene), Geschlecht (nur männlich, nur weiblich, gemischt), Wohngegend, vor allem bei der Betrachtung von Störungen im Kindesalter auch der Informant (Eltern, Kind, Lehrer), um nur einige Einflussgrößen zu nennen. Relevant ist auch, welche Störungen erfasst wurden und inwieweit für andere kontrolliert wurde. Das betrachtete Zeitfenster muss beachtet werden. Welches Klassifikationssystem (DSM oder ICD und welche Version) zugrundegelegt wurde und wie die Informationen erhoben wurden (strukturierte oder standardisierte Interviews, Fragebogen), muss bei der Interpretation der Daten ebenfalls im Blick behalten werden. Eine nicht seltene Praxis bei epidemiologischen Studien ist auch die Angabe von zweierlei Prävalenzen

für ein und dieselbe Störung; zum einen bei Vorhandensein, zum anderen bei Nichtvorhandensein des Beeinträchtigungskriteriums.

Ein Vergleich einer Studie mit einer anderen muss aufgrund so vieler möglicher Einflussfaktoren stets mit Vorsicht erfolgen. Die Basis dabei ist die Störungsdefinition, von der ausgegangen wird. Dabei erscheinen DSM-III-R und DSM-IV für epidemiologische Forschung hinsichtlich psychischer Störungen besonders geeignet. Das aktuelle ICD-10 hat sich dieser Diagnosepraxis angenähert. Das ICD-10 ist das derzeit gängige Klassifikationssystem für die klinische Praxis. In den jeweiligen Klassifikationssystemen finden sich inzwischen Tabellen zur Überführung der Diagnosen von einem System ins andere, was einen wesentlichen Fortschritt bezüglich der Verbindung von Forschung und Praxis bedeutet. Im DSM werden zur Beschreibung psychischer Störungen folgende Hauptprinzipien verfolgt:

- (1) Einführung spezifischer inhaltlicher Kriterien,
- (2) Einführung spezifischer zeitlicher Kriterien,
- (3) breite und detaillierte Beschreibung der einzelnen diagnostischen Kategorien,
- (4) weitgehende Operationalisierung der diagnostischen Merkmale und Kriterien durch stärkere Betonung offen erfassbarer Verhaltensweisen sowie weitgehender Verzicht auf interpretative Gesichtspunkte,
- (5) weitgehender Verzicht auf theoretische bzw. ätiologische Modelle und Entscheidungsgesichtspunkte, wenn diese nicht als wissenschaftlich abgesichert gelten und
- (6) Konzept der multiplen Diagnosen (Komorbidität).

Die gut operationalisierten Kriterien des DSM-III-R und DSM-IV ermöglichen eine strukturierte bis standardisierte Erfassung der notwendigen Informationen. Innerhalb der Epidemiologie werden halb- und vollstrukturierte sowie standardisierte Interviews eingesetzt. Bei halb- und vollstrukturierten Interviews sind Formulierungen und Reihenfolge der Fragen vorgegeben, Antwortvorgaben sind teils oder vollständig vorhanden. Eine mögliche Umformulierung einzelner Fragen ist zulässig, falls eine Frage nicht verstanden wurde. Bei standardisierten Interviews sind Ablauf und Wortlaut der Fragen sowie die Antwort-Beurteilungskategorien, die Erhebungsbedingungen und die Auswertung festgelegt. Vollstrukturierte und standardisierte Interviews weisen höhere Reliabilitäten als halbstrukturierte auf. Sie werden daher vorwiegend in der epidemiologischen Forschung eingesetzt. Trotzdem sind die unterschiedlichen Interviews nicht völlig vergleichbar und es können durchaus durch die unterschiedlichen Instrumente unterschiedliche Häufigkeitsraten beobachtet werden. Dies muss bei der Beurteilung der Studien berücksichtigt werden.

Die Kriterien, nach denen Vergleichsstudien ausgewählt werden sollen, seien noch einmal zusammengefasst:

Klassifikationssystem: DSM-III-R, DSM-IV oder ICD-10 (Ausnahmen bei frühen Wellen von Verlaufsstudien)

Erhebungsinstrument: strukturiertes oder standardisiertes Interview

Stichprobe: Bevölkerungsstichprobe (keine ausschließliche Risikopopulation), geschlechtsspezifische Angaben

Informant: Kind und/ oder Eltern(teil)

Alter: bis 12 Jahre (für Prävalenzangaben im Kindesalter),
von unter oder genau 12 Jahren bis 18 Jahre und älter (für Verlauf)

Anmerkung: In Hinblick auf diese Kriterien wurden die gefundenen epidemiologischen Studien zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter der letzten Jahre betrachtet. In Tabelle 4.1 sind diejenigen acht Studien aufgeführt, die diesen Kriterien genügten. Im deutschsprachigen Raum ist somit nur eine Studie (ZESCAP) zu finden, die diesen Kriterien genügt. Da aber auch kulturelle und regionale Besonderheiten Einfluss auf das psychische Befinden haben, sollen auch zwei Studien aus Deutschland zum Vergleich herangezogen werden. Diese beiden Studien erfassen das Kindesalter retrospektiv und wenden DSM-IV-Kriterien an. Damit sind diese beiden Studien am ehesten direkt mit der vorliegenden Studie vergleichbar. Sie werden in Abschnitt 4.4 vorgestellt und diskutiert. Im Anhang II ist eine Tabelle mit den aufgrund der oben aufgeführten Kriterien nicht ausgewählten Studien angegeben, in der jeweils diejenigen Merkmale grau unterlegt wurden, die den vorgegebenen Kriterien nicht genügten.

Tabelle 4.1: Ausgewählte Studien

Nr.	Autor/ Studie	Land	Klassifikations- system	Instrument	Messzeitpunkte/ Jahr(e)	Alter in Jahren	Informant	n
1	Angold & Costello et al. Great Smoky Mountains Study (GSMS) (S.55ff.)	USA	DSM-III-R / DSM-IV	Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)	1. Welle 1994 mehrere Wellen inzwischen läuft 8. Welle (2002/2003) jeweils 1 Jahr Abstand	9, 11, 13	Proband & Eltern	1015 und 323 bei 1. Welle
2	Anderson, Caspi, Feehan, Moffitt, McGee et al. Dunedin Study (S.58ff.)	Neuseeland	DSM-III DSM-III DSM-III-R DSM-III-R	DISC-C ¹ DISC ¹ DIS-III-R ² DIS-III-R ²	Längsschnitt- studie: Erfassung mit 3; 5; 7; 9; 11; 13; 15; 18; 21; 26 Jahren Geburtskohorte (1.4.1972 bis 31.3.1973)	11 Jahre 15 Jahre 18 Jahre 21 Jahre	Proband & Eltern & Lehrer Proband & Eltern Proband Proband	792 943 750 890
3	Cohen, Cohen, Velez, Brook, Pine et al. New York State Study (NYS) (S.62ff.)	USA	DSM-III DSM-III-R DSM-III-R DSM-IV	Interview DISC/ DISC-P ¹ DISC/ DISC-P ¹ DISC-IV ¹	1975 1983 1985/86 1992	1-10 MW=6,1 9-18 MW=13,9 11-20 MW=16,3 17-26 MW=22,1	Mutter Proband & Eltern Proband & Eltern Proband	976 725+51 776 776
4	Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume, Gaudet, Lambert, St.-Georges, Houde, Lépine et al. Quebec Child Mental Health Survey (QCMHS) (S.66ff.)	Kanada	DSM-III-R	DISC 2.25 ¹ Dominic Questionnaire	1992	6-11 12-14	Proband & Eltern & Lehrer Proband & Eltern	2400

(Tabelle 4.1 Fortsetzung)

Nr.	Autor/ Studie	Land	Klassifikations- system	Instrument	Messzeitpunkte/ Jahr(e)	Alter in Jahren	Informant	n
5	Lahey, Flagg, Bird, Schwab-Stone, Canino, Dulcan, Leaf, Davies, Goodman, Weissman, Regier, Shaffer et al. NIMH Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Disorders (MECA) Study (S.68ff.)	vier Gebiete (USA) (1) Connecticut (2) Georgia (3) New York (4) Puerto Rico	DSM-III-R	DISC 2.3 ¹	1992	9-17	Proband & Eltern	1285
6	Sawyer, Kosky, Graetz, Arney, Zubrick, Baghurst, Hazell et al. National Survey of Mental Health and Wellbeing (child and adolescent component) (S.72ff.)	Australien	DSM-IV	DISC-IV ¹ CBCL ³ YSR ⁴	1998	4-17	Eltern Proband (13-17)	3597
7	Meltzer, Gatward, Goodman & Ford British Child Mental Health Survey (BCMHS) (S.74ff.)	Großbritannien	DSM-IV	Development and Wellbeing Assessment (DAWBA)	1999	5-15	Eltern Proband (11-15)	10438
8	Steinhausen, Winkler, Metzke, Meier, Kannenberg Zürich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology (ZESCAP) (S.76ff.)	Schweiz	DSM-III-R	1. Stufe CBCL 2. Stufe DISC-P2.3 ¹	1994 1995	7-16 8-17	Eltern & Proband (11-16) Eltern	1964 379

¹Diagnostic Interview Schedule for Children (R-revised, P-Parent, Nummer- jeweilige Version), ²Diagnostic Interview Schedule – revised, ³Child Behavior Checklist, ⁴Youth Self Report

(1) Great Smoky Mountains Study (GSMS)

Verwendete Artikel: Angold & Costello (1996), Angold, Costello & Worthman (1998), Kaplow, Curran, Angold & Costello (2001)

Methode

In dieser Studie wurden bei einer ersten Erhebung 9-, 11- und 13-Jährige sowie ihre Eltern befragt. Dabei wurde ein zweistufiges Vorgehen eingesetzt. In einem ersten Schritt wurde den Eltern von 4500 Kindern im entsprechenden Alter (9-Jährige 1570, 11-Jährige 1590 und 13-Jährige 1340), was einer repräsentativen Stichprobe entsprach, ein Screening-Fragebogen zugeschickt. Dabei handelte es sich um 55 Items aus den Child Behavior Checklisten von Achenbach (1991). Es ergab sich eine Rücklaufquote von 80%. Alle Kinder, für die ein Wert von mindestens 20 ermittelt wurde (entsprach etwa einem Viertel der Stichprobe), und eine Zufallsstichprobe aus den anderen Kindern (ein Kind von 10) wurde interviewt. Somit ergab sich eine Stichprobengröße von $n=1071$, wobei auch ein Elternteil – meist die Mutter – interviewt wurde. Bei der ersten Erhebungswelle konnten insgesamt 1015 Kinder und ein zugehöriges Elternteil interviewt werden. Darüber hinaus wurden 323 Kinder (ebenfalls 9, 11 bzw. 13 Jahre alt) der indianischen Bevölkerung dieser Region befragt. Über Gewichtung der dann tatsächlich gefundenen Fallzahlen konnten die Prävalenzraten für die Grundgesamtheit berechnet werden. Angaben zur Anzahl interviewter Mädchen und Jungen fehlen leider für die Gesamtstichprobe. Das eingesetzte Instrument war das Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA), dabei handelt es sich um ein diagnostisches Interview auf der Basis der Kriterien des DSM-III-R. Es wurden noch weitere Erhebungswellen mit je einem Jahr Abstand durchgeführt, wobei sich die folgenden Angaben auf Artikel stützen, die sich auf die drei folgenden Erhebungswellen beziehen. Innerhalb dieser drei Wellen konnten jeweils zwischen 80 und 95% der Studienteilnehmer erneut interviewt werden.

Ergebnisse

Prävalenzraten:

Die Prävalenzangaben basieren auf DSM-III-R-Kriterien (Achse-I-Störungen) und beziehen sich auf einen Zeitraum von drei Monaten. Für das Vorliegen irgendeiner psychischen Störung wurde eine Rate von 20,3% ($SE=1,7\%$) beobachtet. Jungen waren insgesamt häufiger von psychischen Störungen betroffen als Mädchen. In der Gesamtstichprobe wurden am häufigsten expansive Störungen (6,56%, $SE=0,81\%$), Angststörungen (5,7%, $SE=1,0\%$) und Enuresis (5,1%, $SE=1,0\%$) diagnostiziert. Die Rate für das Vorliegen psychischer Störungen war bei Jungen mit 24,9% ($SE=2,6\%$) höher als bei Mädchen mit 15,5% ($SE=2,2\%$). Vor allem traten expansive Störungen mit einer Rate von 9,5% und Enuresis mit einer Rate von 7,7% bei Jungen häufiger auf als bei Mädchen mit Raten von 3,5% bzw. 2,5%. Angststörungen traten bei Mädchen (6,96%, $SE=1,60\%$) häufiger als bei Jungen (4,46%, $SE=1,09\%$) auf. Selbst depressive Störungen wurden bei Jungen in diesem Alter etwas häufiger beobachtet.

tet als bei Mädchen. Die Drei-Monats-Prävalenzraten für die gesamte Stichprobe und geschlechtsspezifisch sind in Tabelle 4.2 für ausgewählte Störungen aufgelistet. Fast alle diese Störungen werden auch in der vorliegenden Arbeit erfasst.

Tabelle 4.2: Drei-Monats-Prävalenzen in der Great Smoky Mountains Study

Störung	Prävalenz in % (Standardabweichung)		
	weiblich	männlich	Gesamt
irgendeine Störung	15,54 (2,23)	24,88 (2,62)	20,25 (1,72)
Angststörung	6,96 (1,60)	4,46 (1,09)	5,69 (0,96)
TAS	4,30 (1,20)	2,70 (0,91)	3,49 (0,75)
GAS	2,40 (1,08)	0,95 (0,57)	1,67 (0,61)
Überängstliche Störung	1,90 (0,89)	0,88 (0,24)	1,38 (0,46)
Soziale Phobie	0,83 (0,63)	0,33 (0,15)	0,58 (0,32)
Einfache Phobie	0,42 (0,17)	0,13 (0,09)	0,27 (0,10)
Ängstlich-vermeidende Strg.	0,07 (0,07)	0	0,03 (0,03)
Agoraphobie	0	0,13 (0,09)	0,07 (0,05)
Panikstörung	0	0,07 (0,07)	0,03 (0,03)
expansive Störung	3,50 (0,76)	9,53 (1,44)	6,56 (0,81)
SOT	2,33 (0,70)	3,16 (0,47)	2,75 (0,41)
SSV	1,13 (0,28)	5,43 (1,23)	3,32 (0,64)
ADHS	0,95 (0,26)	2,90 (0,73)	1,94 (0,39)
depressive Störung	1,36 (0,65)	1,68 (0,66)	1,52 (0,46)
Enuresis	2,48 (0,85)	7,66 (1,74)	5,11 (0,99)
Zwangsstörung	0,14 (0,10)	0,20 (0,12)	0,17 (0,08)
Substanzstörung	0,13 (0,09)	0,07 (0,07)	0,10 (0,06)
(Enkopresis)	0,07 (0,07)	1,36 (0,59)	0,72 (0,30)
(Bulimie)	0,07 (0,07)	0,14 (0,10)	0,10 (0,06)
(PTB)	0,05 (1,60)	0	0,02 (0,96)

Außer Agoraphobie und Panikstörung, die in dieser Stichprobe aufgrund des Alters noch sehr selten waren, wurden sämtliche erfassten Angststörungen bei Mädchen häufiger diagnostiziert als bei Jungen. Expansive Störungen und Enuresis wurden deutlich häufiger bei Jungen als bei Mädchen beobachtet. In der betrachteten Stichprobe wurde kein Fall von Anorexia nervosa diagnostiziert, was auf das Alter zurückgeführt werden kann. Auch Bulimia nervosa und Substanzstörungen waren noch sehr selten.

Komorbidität:

Etwa ein Drittel der Kinder, die innerhalb der drei Monate vor der Untersuchung unter einer psychischen Störung litten, wies mehr als eine psychische Störung auf. 53% der Kinder mit einer depressiven Störung hatten komorbide Störungen, 38% der von einer expansiven

Störung Betroffenen und 28% der Kinder mit einer Angststörung litten an (mindestens) einer weiteren Störung. Die Komorbidität zwischen internalisierenden und externalisierenden Störungen war bei Jungen etwa dreimal so hoch wie bei Mädchen. Statistisch signifikante Komorbiditäten fanden sich zwischen Angst- und depressiven Störungen mit einem Odds Ratio (OR) von 4,9 (95%CI 1,5-16,5), zwischen depressiven und expansiven Störungen mit einem OR von 6,6 (95%CI 2,1-20,5), zwischen Angst- und expansiven Störungen mit einem OR von 3,2 (95%CI 1,5-6,7) sowie zwischen expansiven und „anderen“ Störungen mit einem OR von 2,6 (95%CI 1,3-4,8). Unter „anderen“ Störungen fassten die Autoren Enuresis und Enkopresis, Tics, Zwangsstörung, Tourette-Syndrom, Bulimie und Trichotillomanie zusammen.

Verlauf:

Eine Teilstichprobe von 936 (45% Mädchen) aus der Gesamtstichprobe dieser Studie wurde hinsichtlich des Beginns von Alkoholkonsum untersucht. Dabei wurde bei Vorliegen einer Generalisierten Angststörung ein erhöhtes Risiko und bei früherem Vorliegen einer Störung mit Trennungsangst ein vermindertes Risiko für den Beginn von Alkoholkonsum gefunden.

Zusammenfassung und Kritik

Es zeigte sich, dass Jungen im betrachteten Alter häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als Mädchen. Dabei kommt dieser Eindruck vor allem durch die große Häufigkeitsdifferenz bei expansiven Störungen und auch bei Enuresis zustande; bei Jungen wurden diese Störungen deutlich häufiger beobachtet als bei Mädchen. Angststörungen wurden nämlich auch in dieser Altersgruppe bei Mädchen etwas häufiger diagnostiziert als bei Jungen. Die übrigen Störungen waren bei Jungen und Mädchen etwas gleich häufig.

Positiv an dieser Studie ist zu vermerken, dass sehr viele Störungen erfasst wurden, dabei auch Enuresis und Enkopresis, die bisher kaum in epidemiologischen Studien erhoben wurden. Außerdem wurde nicht nur ein Elternteil interviewt sondern auch die Kinder selbst. Leider fehlen die Angaben, wie viele Jungen und wie viele Mädchen befragt wurden. Allerdings sind geschlechtsspezifische Prävalenzangaben vorhanden, so dass eine gewisse Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen innerhalb der vorliegenden Studie möglich ist.

(2) Dunedin Study

Verwendete Artikel: Anderson, Williams, McGee & Silva (1987), Caspi, Lynam, Moffitt & Silva (1993), Craske, Poulton, Tsao & Plotkin (2001), Douglass, Moffitt, Dar, McGee & Silva (1995), Feehan, McGee & Williams (1993), McGee, Feehan, Williams, Partridge, Silva & Kelly (1990), Feehan, McGee, Williams & Nada-Raja (1995), McGee, Feehan, Williams & Anderson (1992), Poulton, Trainor, Stanton, McGee, Davies & Silva (1997)

Methode

Bei dieser Studie handelt es sich um eine Längsschnittstudie. Der Studienbeginn, also die erste Erhebungswelle (T1), erfolgte, als die Kinder drei Jahre alt waren. Die Stichprobe basierte auf Kindern, die zwischen dem 1.4.1972 und dem 31.3.1973 im Krankenhaus in Dunedin, Neuseeland, geboren worden waren. 1139 der in diesem Zeitraum geborenen Kinder waren zu T1 noch in dieser Gegend; von diesen wurden 1037 erreicht und in die Studie aufgenommen. Untersuchungskontakte erfolgten mit 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 21 und 26 Jahren. Im Alter von 11 Jahren wurde ein diagnostisches Interview mit den Kindern durchgeführt; und es wurden Fragebögen sowohl an die Eltern als auch an die Lehrer der Kinder gegeben. Die erfassten Diagnosen basieren auf allen drei Informationsquellen. Es wurden 12-Monatsprävalenzen ermittelt. Das eingesetzte Interview war der Diagnostic Interview Schedule for Children – Child Version (DISC-C). Dabei handelt es sich um ein strukturiertes Interview, das auf den DSM-III-Kriterien basiert. Im Alter von 13 und 15 Jahren wurden neben Elternfragebogen jeweils verkürzte Versionen des Interviews für Kinder/Jugendliche eingesetzt, die aber trotz der Verkürzung eine Überprüfung von DSM-III-Diagnosen ermöglichten. Erfasst wurden dabei die folgenden Störungen: Überängstliche Störung, Störung mit Trennungsangst (TAS), Soziale Phobie, Einfache Phobie, Major Depression (Schwere Depressive Störung - SDS), Dysthymie, Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit/ ohne Hyperaktivitätsstörung, Störung des Sozialverhaltens (SSV), Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (SOT), Bulimie und Anorexie. Im Alter von 18 und 21 Jahren wurde als diagnostisches Interview der Diagnostic Interview Schedule – Revised (DIS-III-R) eingesetzt, der auf den Kriterien des DSM-III-R basiert. Auch hier wurden wiederum 12-Monatsprävalenzen erfasst.

Ergebnisse

Prävalenzraten:

Bei den Elfjährigen wurde am häufigsten ADHS diagnostiziert, wobei diese Diagnose bei Jungen etwa fünfmal so oft wie bei Mädchen gestellt wurde. Die Prävalenzen der erfassten Störungen sind in Tabelle 4.3 aufgeführt.

Tabelle 4.3: Ein-Jahres-Prävalenzen der erfassten DSM-III-Diagnosen bei **Elfjährigen**

Störung	Prävalenz-gesamt in %	Prävalenz-Mädchen in %	Prävalenz-Jungen in %	Verhältnis Mädchen : Jungen
irgendeine Störung	17,6	13,6	21,2	1 : 1,6
ADHS	6,7 ($\pm 1,7$)	2,1	10,8	1 : 5,1
SOT	5,7 ($\pm 1,6$)	3,5	7,7	1 : 2,2
TAS	3,5 ($\pm 1,2$)	5,1	2,2	1 : 0,4
SSV (aggressiv)	3,4 ($\pm 1,2$)	1,6	5,1	1 : 3,2
Überängstliche Störung	2,9 ($\pm 1,2$)	2,1	3,6	1 : 1,7
Einfache Phobie	2,4 ($\pm 1,1$)	3,2	1,7	1 : 0,5
Depression (SDS und Dysthymie)	1,8 ($\pm 0,9$)	0,5	2,9	1 : 5,3
Soziale Phobie	0,9 ($\pm 0,7$)	1,6	0,2	1 : 0,2

Insgesamt wurden also bei Jungen in diesem Alter mehr psychische Störungen diagnostiziert. Mit Ausnahme der Überängstlichen Störungen wurden aber Angststörungen bei Mädchen auch in diesem Alter bereits häufiger beobachtet als bei Jungen. Depressionen traten allerdings häufiger bei Jungen auf. Expansive Störungen wurden zwischen zwei- und fünfmal so oft bei Jungen wie bei Mädchen diagnostiziert. Schon bei 15-Jährigen war dieses Verhältnis dann verschoben und psychische Störungen traten bei Mädchen häufiger als bei Jungen auf, wie auch sehr deutlich in Tabelle 4.4 zu sehen.

Lediglich ADHS und Soziale Phobie werden bei 15-jährigen Jungen noch öfter beobachtet als bei Mädchen. Bei der SSV gibt es insgesamt gesehen keinen Geschlechtsunterschied; allerdings ist ein deutlicher Unterschied bei den beiden betrachteten „Typen“ von Störungen des Sozialverhaltens festzustellen. Es gibt kein Mädchen, das die Kriterien für den aggressiven Typ erfüllt. Die betroffenen Jungen weisen ebenfalls etwas häufiger den nicht-aggressiven Typ auf, wobei im Alter von elf Jahren bei beiden Geschlechtern nur der aggressive Typ beobachtet wurde. Insgesamt nimmt die Prävalenz für die Störung des Sozialverhaltens vom Alter von 11 Jahren zum Alter von 15 Jahren zu. 15-Jährige weisen im Vergleich mit Elfjährigen eine ebenfalls deutlich höhere Prävalenz bei depressiven Störungen und Überängstlicher Störung auf.

Tabelle 4.4: Ein-Jahres-Prävalenzen der erfassten DSM-III-Diagnosen bei **15-Jährigen**

Störung	Prävalenz-gesamt in %	Prävalenz-Mädchen in %	Prävalenz-Jungen in %	Verhältnis Mädchen : Jungen
irgendeine Störung	22,0	25,9	18,2	1 : 0,7
SSV	7,3	7,4	7,3	1 : 1
aggressiv		0	3,12	
nicht-aggressiv		7,4	4,14	
Überängstliche Störung	5,9 (±1,5)	7,8	4,1	1 : 0,5
Einfache Phobie	3,6 (±1,2)	5,4	1,9	1 : 0,3
SDS (aktuell oder früher)	3,1	4,6	1,7	1 : 0,4
ADHS (aktuell u. residual)	2,1 (±0,9)	1,3	2,9	1 : 2,2
TAS	2,0 (±0,9)	2,6	1,5	1 : 0,6
SOT	1,7 (±0,8)	2,6	0,8	1 : 0,3
Soziale Phobie	1,1 (±0,7)	0,9	1,2	1 : 1,4
Dysthymie	1,1 (±0,7)	2,2	0,8	1 : 0,4

Eine zunehmende Auftretensrate ist auch für Einfache und Soziale Phobien zu verzeichnen. Die jeweils am häufigsten genannte Angst ist das Sprechen vor der Klasse. Deutlich seltener werden dahingegen ADHS, SOT und TAS diagnostiziert.

Verlauf:

Die längsschnittliche Betrachtung zeigt einige Fluktuationen. So wiesen 81% derer, die mit 15 Jahren eine Diagnose erfüllten, mit 11 noch keine Störung auf. 42% derer, die mit 11 an einer Störung litten, erhielten auch mit 15 eine Diagnose, d.h., dass 58% von keiner der erfassten Störungen mehr betroffen waren. Auch hinsichtlich der erfassten Ängste gab es Fluktuationen, so gaben zwei Drittel derjenigen Jugendlichen, die mit 13 starke Ängste berichteten, mit 15 keine relevanten Ängste mehr an. Es stieg aber die Rate in dieser Zeit von insgesamt 13,3% bei 13-Jährigen auf 19,3% bei 15-Jährigen. Bei 13-Jährigen wurden noch keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Häufigkeitsraten starker Ängste beobachtet, bei 15-Jährigen sind Mädchen etwa doppelt so häufig betroffen. Für Jungen wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen expansiven (OR=4,2) und internalisierenden (OR=5,8) Störungen im Alter von 11 Jahren mit expansiven Störungen mit 15 beobachtet. Für Mädchen wurde ein signifikanter Zusammenhang nur für internalisierende Störungen gefunden; die Wahrscheinlichkeit mit 15 an einer internalisierenden Störung zu leiden, lag um das sechsfache höher, wenn im Alter von 11 Jahren ebenfalls eine internalisierende Störung bestand.

Für diejenigen Jugendlichen, die mit 15 irgendeine psychische Störung (DSM-III) aufwiesen, war die Wahrscheinlichkeit, auch mit 18 Jahren von einer psychischen Störung (DSM-III-R) betroffen zu sein, doppelt so hoch wie für die Jugendlichen ohne psychische Störung im Alter von 15 Jahren. Allerdings zeigten sich störungsspezifische Muster. So war das Vorliegen einer Residualsymptomatik einer Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung, einer Einfachen Phobie oder einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten mit

15 Jahren nicht mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für psychische Störungen im Alter von 18 Jahren im Vergleich mit gesunden Jugendlichen verbunden. Das Bestehen einer Störung des Sozialverhaltens (aggressiver und nicht-aggressiver Typ) oder einer Depression in Kombination mit einer Angststörung gingen mit der höchsten Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Störung im Alter von 18 Jahren einher. Dabei war der Anteil der von einer reinen Angststörung Betroffenen, die auch weiterhin eine Störung aufwiesen, über die erfassten Angststörungen (TAS, Überängstliche Störung, Soziale Phobie) hinweg ähnlich. Interessant erscheint noch die Beobachtung, dass expansive Störungen im Alter von 15 Jahren sowohl mit späteren expansiven als auch internalisierenden Störungen einhergehen, wohingegen internalisierende Störungen im Alter von 15 Jahren spezifischer mit internalisierenden Störungen im Alter von 18 Jahren verbunden sind. Dies weist in eine ähnliche Richtung wie bereits die Zusammenhänge bei Mädchen mit internalisierenden Störungen vom Alter 11 Jahre zum Alter von 15 Jahren.

Zusammenfassung und Kritik

Da noch mit dem DSM-III gearbeitet wurde, ist die Vergleichbarkeit der Prävalenzangaben auf Störungsebene eingeschränkt. Daher soll in erster Linie auf die Prävalenzraten für psychische Störungen insgesamt Bezug genommen werden. Im Alter von 11 Jahren lag diese bei 17,6%, im Alter von 15 Jahren bei 22,0%. Im Übergang von 11 zu 15 Jahren vollzog sich eine erhebliche Verschiebung, so dass bei Elfjährigen Jungen häufiger als Mädchen von psychischen Störungen betroffen sind und sich dieses Verhältnis bei 15-Jährigen umkehrt. Bei Mädchen wurde im Alter von 11 Jahren eine Prävalenz von 13,6% und im Alter von 15 Jahren von 25,9% beobachtet, was heißt, dass sich die Auftretensrate für psychische Störungen bei Mädchen im Zuge der Pubertät fast verdoppelt. Bei Jungen ist eine leicht rückläufige Tendenz zu beobachten. Schon elfjährige Mädchen sind häufiger als Jungen von der Mehrzahl der Angststörungen (Störung mit Trennungsangst, Einfache Phobie, Soziale Phobie) betroffen. Bei allen anderen Störungen sind in diesem Alter mehr Jungen als Mädchen betroffen. 15-jährige Mädchen weisen bei fast allen betrachteten psychischen Störungen eine höhere Auftretensrate als Jungen auf. Die einzigen Ausnahmen bilden dabei Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung und Soziale Phobie, wo mehr Jungen als Mädchen betroffen sind, sowie Störung des Sozialverhaltens, wo etwa gleich viele Jungen und Mädchen betroffen sind.

Es handelt sich bei dieser Studie um eine sehr umfassende Längsschnittstudie, die allerdings für das Kindesalter noch komplett auf DSM-III-Kriterien basiert, so dass die Ergebnisse nur bedingt mit den Prävalenzraten in unserer Studie vergleichbar sind. Positiv zu vermerken ist aber, dass mehrere Informanten herangezogen wurden, wobei mit den Kindern bzw. Jugendlichen selbst Interviews durchgeführt wurden.

(3) New York State Study (NYS)

Verwendete Artikel: Cohen & Brook (1987), Cohen, Cohen & Brook (1993), Cohen, Cohen, Kasen, Velez, Hartmark, Johnson, Rojas, Brook & Streuning (1993), Johnson, Cohen, Kasen & Brook (2002), Kotler, Cohen, Davies, Pine & Walsh (2001), Peterson, Pine, Cohen & Brook (2001), Pine, Cohen, Cohen & Brook (1999), Pine, Cohen, Cohen & Brook (2000), Velez, Johnson & Cohen (1989)

Methode

Es handelt sich bei der betrachteten Stichprobe um eine repräsentative Stichprobe von Kindern, die 1975 in zwei Bezirken im Staat New York lebten. Bei der ersten Erhebungswelle (T0) waren die Kinder zwischen 1 und 10 Jahren alt. Zu diesem Zeitpunkt wurden einstündige Interviews mit der wesentlichen Betreuungsperson, also meist der Mutter, geführt. Es nahmen 976 Mütter an dieser Erhebung teil, was 86% der Zielpopulation entspricht. Zu den nachfolgenden Erhebungswellen 1983, 1985/86 und 1992 waren jeweils etwa 80% der ursprünglichen Stichprobe zu einem erneuten Interview bereit. 1983 wurden 54 Familien nachrekrutiert, so dass zu diesem Zeitpunkt 725 der ursprünglichen Stichprobe und 51 neu rekrutierte Teilnehmer interviewt werden konnten. Bei den beiden folgenden Erhebungswellen konnten dann teilweise auch Probanden untersucht werden, die bei einem der vorausgegangenen Messzeitpunkte nicht teilnahmen. Dies macht es unmöglich nachzuvollziehen, von wie vielen Probanden Daten zu allen Messzeitpunkten vorliegen und führt zu vielen verschiedenen Angaben bezüglich der Stichprobengröße. Die Anteile befragter Jungen und Mädchen schwanken daher auch. Die Diagnosen wurden auch hier mit verschiedenen Versionen des Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) erfasst.

Ergebnisse

Prävalenzraten:

Der umfassendste Überblick zu den Prävalenzraten der betrachteten Störungen über die drei Messzeitpunkte hinweg, bei denen Störungsdiagnosen erfasst wurden, findet sich bei Pine et al. (2000). In Tabelle 4.5 (S.63) sind die für Mädchen gefundenen Ein-Jahres-Prävalenzen aufgeführt. Die Anordnung der Störungen erfolgte innerhalb Tabelle 4.5 nach ihrer Auftretensrate bei der ersten Erhebung.

Tabelle 4.5: Ein-Jahres-Prävalenzen und Fallzahlen zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei Mädchen bzw. jungen Frauen (Pine et al., 2000)

Störung	T1: 1983 Alter: 9-18 n = 388	T2: 1985/86 Alter: 11-20 n = 380	T3: 1992 Alter: 17-26 n = 358
Überängstliche Störung/ GAS (bei Erhebung 1992)	18,0% (70)	10,3% (39)	7,8% (28)
Einfache Phobie	17,8% (60)	8,2% (31)	32,1% (116)
Soziale Phobie	10,1% (39)	12,6% (48)	9,5% (34)
TAS	9,5% (37)	3,7% (14)	--
ADHS	8,3% (32)	5,9% (21)	0,8% (3)
SSV	5,5% (28)	4,3% (22)	2,2% (8)
SDS	4,7% (16)	4,2% (16)	11,5% (41)

Hier wurden also bei Mädchen ganz klar Angststörungen öfter diagnostiziert als expansive Störungen oder eine Schwere depressive Störung. Überängstliche Störung und Einfache Phobie traten dabei mit Abstand am häufigsten auf. Diese Verteilung verändert sich mit zunehmendem Alter. Insgesamt sind altersspezifische Aussagen aber auf dieser Datengrundlage schwierig, da zwischen 9 und 18 Jahren sehr unterschiedliche Lebenssituationen bestehen und auch die Pubertät liegt, so dass eine engere Fassung der Altersfenster sinnvoll erscheint. Solche altersspezifischen Prävalenzraten können dem Beitrag von Cohen et al. (1993) entnommen werden, der sich auf die beiden ersten Erhebungswellen der NYS stützt. In diesem Artikel fehlen allerdings Angaben für Einfache und Soziale Phobie. Tabelle 4.6 zeigt die Ein-Jahres-Prävalenzen für Mädchen.

Die Störungen innerhalb dieser Tabelle sind ebenfalls in abnehmender Häufigkeit hinsichtlich der jüngsten Altersgruppe geordnet. Deutlich wird dabei die erhebliche Abnahme der Prävalenz von TAS. Eine leichte Abnahme der Auftretensrate sind auch für Überängstliche Störungen und ADHS zu verzeichnen. Ein etwas anderer Verlauf zeigt sich bei SSV und SOT. Diese nehmen während der Pubertät zu und bestehen auch in der Adoleszenz häufiger als in der Zeit vor der Pubertät. In dieser Studie findet sich für Depressionen ein anderer Häufigkeitsverlauf als er in anderen Studien beschrieben wird. Während der Pubertät wurde hier zwar eine Zunahme depressiver Störungen beobachtet, aber danach wieder eine Abnahme, was eher untypisch erscheint.

Tabelle 4.6: Ein-Jahres-Prävalenzen und Fallzahlen in der jeweiligen Altersgruppe über zwei Messzeitpunkte hinweg bei Mädchen

Störung	10-13 Jahre n=260	14-16 Jahre n=262	17-20 Jahre n=224
Überängstliche Störung	15,4% (40)	14,1% (37)	13,8% (31)
TAS	13,1% (34)	4,6% (12)	1,8% (4)
SOT	10,4% (27)	15,6% (41)	12,5% (28)
ADHS	8,5% (22)	6,5% (17)	6,2% (14)
SSV	3,8% (10)	9,2% (24)	7,1% (16)
SDS	2,3% (6)	7,6% (20)	2,7% (6)

Komorbidität:

Angaben zur Komorbidität von expansiven und internalisierenden Störungen finden sich bei Cohen et al. (1993). Dabei handelt es sich bei dem betrachteten Zeitfenster wiederum um ein Jahr. Etwa die Hälfte der von einer expansiven Störung betroffenen Kinder litt an mindestens einer weiteren Störung, wohingegen nur etwa 20% der von einer internalisierenden Störung betroffenen Kinder an mindestens einer weiteren komorbiden Störung litten. Dabei war die Überschneidung zwischen depressiven und expansiven Störungen (62% derer mit Depression hatten auch eine expansive Störung) höher als zwischen depressiven Störungen und Angststörungen (43% derer mit Depression hatten auch eine Angststörung). Die Überschneidung zwischen Angststörungen und expansiven Störungen war statistisch signifikant. Dabei bestanden bei 26% der Kinder mit einer expansiven Störung auch eine Angststörung und bei 36% der Kinder mit einer Angststörung auch eine expansive Störung. Insgesamt gab es dabei keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Komorbiditätsmuster zwischen den drei betrachteten Altersgruppen (vgl. Tabelle 4.6, 10-13, 14-16, 17-20). Internalisierende Störungen und Substanzmissbrauch wiesen weder für Jungen noch für Mädchen eine Überschneidung auf, wobei die Fallzahlen hier auch erst in der ältesten Altersgruppe statistische Auswertungen erlaubten.

Verlauf:

Pine et al. (2000) betrachteten den Zusammenhang von Sozialer Phobie mit dem Fortbestehen von Verhaltensproblemen. Dabei wurden signifikante Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen von Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens zu T1 und dem Bestehen einer solchen Störung zu T2 sowie zu T3 gefunden ($OR(T1-T2)=2,21$, $95\%CI=1,64-2,98$; $OR(T1-T3)=1,47$, $95\%CI=1,04-2,09$). Der Zusammenhang von Symptomen der ADHS mit einer späteren Störung des Sozialverhaltens war nur zwischen T1 und T2 signifikant ($OR(T1-T2)=1,83$, $95\%CI=1,34-2,49$; $OR(T1-T3)=1,06$, $95\%CI=0,74-1,52$). Andere Störungssymptome zum ersten Messzeitpunkt wiesen keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Auftreten einer Störung des Sozialverhaltens zu T2 und/ oder T3 auf.

Cohen, Cohen und Brook (1993) betrachteten die Stabilität von Störungen zwischen T1 und T2, wobei sie auch unterschiedliche Schweregrade unterschieden. Von Stabilität sprachen sie dann, wenn eine Störung zu T2 den gleichen oder einen höheren Schweregrad im Vergleich zu T1 aufwies. Tendenziell waren die gefundenen Odds Ratios bei Vorliegen einer leichten Störung niedriger als bei Vorliegen einer schwereren Störungsausprägung. Statistisch signifikant war die Stabilität von ADHS, von SSV, von Überängstlicher Störung, von SOT und von Alkoholmissbrauch (hier nicht für die leichte Ausprägung).

Zusammenfassung und Kritik

Die Betrachtung der Ergebnisse wird durch verschiedene Angaben zur Stichprobengröße erheblich erschwert. Es wurden zum zweiten Messzeitpunkt (1983) nachträglich Probanden rekrutiert; zum dritten Erhebungszeitpunkt (1985/86) wurden auch Probanden interviewt, die zum zweiten nicht befragt wurden, und so verhält es sich auch mit dem letzten Erhebungszeitpunkt (1992). Aus den zu dieser Studie gefundenen Artikeln geht nicht hervor, wie viele Teilnehmer zu allen Erhebungszeitpunkten untersucht wurden. Dies erschwert auch Aussagen zum Verlauf der untersuchten psychischen Störungen. Positiv zu vermerken ist die große erfasste Altersspanne.

(4) Quebec Child Mental Health Survey (QCMHS)

Verwendete Artikel: Bergeron, Valla, Breton, Gaudet, Berthiaume, Lambert, St.-Georges & Smolla (2000); Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume, Gaudet, Lambert, St.-Georges, Houde & Lépine (1999)

Methode

Es handelt sich um eine repräsentative Stichprobe für die Region Quebec von 2400 Kindern im Alter von 6 bis 14 Jahren, deren Eltern ebenfalls an der Studie teilnahmen. Von den 6- bis 11-Jährigen wurden darüber hinaus 1440 Lehrer befragt. Bei 93% der befragten Eltern wurde die leibliche Mutter interviewt. Die Ausschöpfungsquote bei den Familien lag bei 83,5%, wobei für jede Altersgruppe (6-8, 9-11, 12-14) und jedes Geschlecht eine Rate von über 80% erreicht werden konnte. Die Ausschöpfungsquote bei den Lehrern lag bei 93%.

Bei den 12- bis 14-Jährigen wurde der Diagnostic Interview Schedule for Children (Version 2.25 – DISC-2.25) eingesetzt, bei den jüngeren Kindern der Dominic Questionnaire. Mit Hilfe des DISC-2.25 können folgende DSM-III-R-Diagnosen erfasst werden: Einfache Phobie, Störung mit Trennungsangst, Überängstliche Störung, Generalisierte Angststörung, Schwere Depressive Episode, Dysthymie, ADHS, Störung mit oppositionellem Trotzverhalten und Störung des Sozialverhaltens. Mit Hilfe des Dominic Questionnaires können bei jüngeren Kindern außer Dysthymie und Generalisierter Angststörung die gleichen Störungen erfasst werden wie mit dem DISC-2.25.

Ergebnisse

Prävalenzraten:

Die Auftretensrate für irgendeine psychische Störung innerhalb der vorangegangenen sechs Monate liegt, basierend auf den Elternangaben und unter Vernachlässigung des Beeinträchtigungskriteriums, bei 19,9%, basierend auf den Angaben der Kinder bei 15,8%. Auch in dieser Studie wurden Angststörungen am häufigsten beobachtet. ADHS trat am zweithäufigsten auf, und etwa gleich häufig lagen jeweils Störung des Sozialverhaltens und Störung mit oppositionellem Trotzverhalten sowie depressive Störungen vor. Bei den expansiven Störungen sind Jungen häufiger betroffen als Mädchen, bei ADHS und Störung mit Trennungsangst sind jüngere Kinder häufiger betroffen als ältere. Außer in der jüngsten Altersgruppe sind Mädchen von Angststörungen häufiger betroffen als Jungen; bei depressiven Störungen zeigt sich dieses Muster erst in der Adoleszenz (12- bis 14-Jährige). Erheblichen Einfluss auf die Prävalenzraten hat die Einbeziehung des Beeinträchtigungskriteriums. Die Übereinstimmung zwischen Kinder- und Elternangaben ist in dieser Studie wie auch in anderen ähnlich angelegten Erhebungen gering. Über alle erfassten psychischen Störungen hinweg kann gesagt werden, dass in der Adoleszenz Mädchen signifikant häufiger als Jungen unter einer psychischen Störung leiden und dass Mädchen dieser Altersgruppe (12 bis 14) auch signifikant häufiger an psychischen Störungen leiden als jüngere Mädchen. In Tabelle 4.7 sind die

bereits beschriebenen Sachverhalte ersichtlich; vor allem sind aber noch einmal die jeweils beobachteten Prävalenzraten für die einzelnen Störungen aufgeführt.

Tabelle 4.7: Sechs-Monats-Prävalenzen verschiedener Störungen auf Basis der Angaben verschiedener Informanten innerhalb verschiedener Altersgruppen (in %)

Störung	Informant	6-8 Jahre	9-11 Jahre	12-14 Jahre	6-14 Jahre
irgendeine psychische Störung	Kind	15,3	14,6	17,5	15,8
	Eltern o.B.	23,8	19,0	17,2	19,9
	Eltern+Kind	34,7	29,5	33,0	32,4
	Eltern m.B.	10,7	8,3	10,0	9,6
Angststörung	Kind	9,2	5,8	12,2	9,1
	Eltern o.B.	17,5	14,6	12,1	14,7
	Eltern m.B.	4,8	3,9	5,6	4,8
TAS	Kind	4,9	1,8	1,3	2,6
	Eltern o.B.	2,1	1,4	1,5	1,6
	Eltern m.B.	1,1	0,7	1,0	0,9
Einfache Phobie	Kind	3,2	1,3	10,2	4,9
	Eltern o.B.	14,6	12,6	7,5	11,5
	Eltern m.B.	2,5	1,9	1,4	1,9
Überängstliche Störung	Kind	3,9	3,8	1,7	3,1
	Eltern o.B.	2,7	2,9	5,5	3,8
	Eltern m.B.	2,1	2,0	4,4	2,8
ADHS	Kind	3,8	4,3	1,8	3,3
	Eltern o.B.	6,9	4,8	3,5	5,0
	Eltern m.B.	5,5	4,0	2,5	4,0
SOT	Kind	3,6	5,8	0,7	3,4
	Eltern o.B.	2,8	2,6	3,0	2,8
	Eltern m.B.	2,6	2,6	3,0	2,7
SSV	Kind	1,9	1,9	2,3	2,0
	Eltern o.B.	0,2	0,5	0,6	0,4
	Eltern m.B.	0,2	0,5	0,5	0,4
Depressive Störung	Kind	3,3	3,5	3,4	3,4
	Eltern o.B.	1,1	1,3	2,8	1,7
	Eltern m.B.	1,0	1,3	2,7	1,6

o.B. ohne Beeinträchtigungskriterium, m.B. mit Beeinträchtigungskriterium

In Tabelle 4.7 wird die geringe Überschneidung zwischen Eltern- und Kindangaben sehr deutlich. Dabei nimmt die Übereinstimmung von der jüngeren zur älteren Altersgruppe sogar noch ab. Überraschend ist, dass bei Angststörungen die Prävalenzraten, die auf Basis der Kinderangaben ermittelt wurden, niedriger sind als auf Basis der Elternangaben bei Vernachlässigung des Beeinträchtigungskriteriums. Im Gegensatz zu anderen Studien finden sich hier auch für SOT und SSV auf Basis der Kinderangaben höhere Prävalenzen als auf Basis der Elternangaben. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse erscheint die häufig genannte

Problematik, dass bei der Diagnostik expansiver Störungen auf Basis von Kinderangaben die Prävalenzen erheblich unterschätzt werden, nicht bestätigt.

Zusammenfassung und Kritik

Auch bei dieser Studie sind geschlechtsspezifische Prävalenzangaben nur eingeschränkt vorhanden. Allerdings finden sich interessante Vergleiche zwischen Jungen und Mädchen und dies auch bezogen auf einzelne Altersbereiche. Leider wurden Soziale Phobie und Enuresis, was durchaus häufige Störungen im Kindesalter sind, nicht mit erfasst. Auch stößt man in dieser Studie deutlich auf die Problematik unterschiedlicher Informanten. Darüber hinaus wurden zwei unterschiedliche Instrumente eingesetzt, die möglicherweise doch Unterschiede innerhalb der Diagnosenfindung aufweisen. Sehr gut ist allerdings, dass überhaupt der Versuch unternommen wurde, auch schon von jüngeren Kindern Selbstaussagen zum psychischen Befinden zu erhalten.

(5) National Institute of Mental Health – funded Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorder (NIMH-MECA)

Verwendete Artikel: Dulcan (1996), Goodman, Schwab-Stone, Lahey, Shaffer & Jensen (2000), Lahey, Flagg, Bird et al. (1996), Leaf, Alegria, Cohen et al. (1996), Rapoport, Inoff-German, Weissman, Greenwald, Narrow, Jensen, Lahey & Canino (2000), Schwab-Stone, Shaffer, Dulcan et al. (1996), Shaffer, Fisher, Dulcan, et al. (1996)

Methode

Diese Studie wurde an vier Erhebungsorten durchgeführt (vgl. Tabelle 4.8). Dabei wurden für das jeweilige Gebiet repräsentative Stichproben gebildet. Es wurde eine Ausschöpfungsquote von durchschnittlich 84% erreicht. Mit 1285 Kindern bzw. Jugendlichen im Alter zwischen 9 und 17 Jahren und einer erwachsenen Bezugsperson (bei 90% der leiblichen Mutter) wurden diagnostische Interviews durchgeführt. Das eingesetzte Interview (Diagnostic Interview Schedule for Children DISC 2.3) basierte auf den Kriterien des DSM-III-R und war computergestützt.

Die Ausschöpfungsquoten schwanken zwischen den vier Orten erheblich. Die Repräsentativität ist jeweils für die Erhebungsgebiete weitestgehend gegeben; allerdings ist eine Übertragung auf die gesamten USA schwierig und war auch nicht Ziel der Studie. Im Alter zwischen 9 und 12 Jahren wurden 593 Probanden befragt und im Alter zwischen 13 und 17 Jahren 692 Jugendliche.

Tabelle 4.8: Ausschöpfungsquote und Stichprobengröße an den vier Erhebungsorten

Ort	n	Ausschöpfungsquote	n _w	n _m
Columbia University, Westchester County, New York	360	86%	178	182
Emory University, Rockdale und Henry Counties, Georgia	299	84%	144	155
University of Puerto Rico, San Juan, Bayamon, Guaynabo, Carolina, Catano, Trujillo Alto, Toa Baja, Puerto Rico	312	96%	145	167
Yale University, Hamden, East Haven, West Haven, Connecticut	314	74%	137	177
Summe	1285		604	681

n_w - Anzahl Mädchen, n_m – Anzahl Jungen

Die folgenden Störungen wurden mit Hilfe des eingesetzten Diagnoseinstruments erfasst: Überängstliche Störung, Störung mit Trennungsangst, Ängstlich-vermeidende Störung, Einfache Phobie, Soziale Phobie, Agoraphobie, Panikstörung, GAS, Zwangsstörung, ADHS, SOT, SSV, SDS, Dysthymie, Manie, Hypomanie, Tic-Störung, Ausscheidungsstörungen, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Substanzmissbrauch. Dabei wurden alle Diagnosen kodiert und keine hierarchischen Ausschlüsse vorgenommen.

Ergebnisse

Prävalenzraten:

Die beobachteten Prävalenzraten schwankten ganz erheblich, je nachdem, ob das Beeinträchtigungskriterium mit herangezogen wurde oder nicht und ob auch das allgemeine Funktionsniveau als weiteres Kriterium betrachtet wurde. Besonders stark wirkt sich dies bei Angststörungen und Enuresis aus. Für das Vorliegen irgendeiner Störung wurde eine Prävalenz von 50,6% ohne Beachtung des Beeinträchtigungskriteriums beobachtet und von lediglich 5,4% bei Beachtung des Beeinträchtigungskriteriums und einem niedrigen allgemeinen Funktionsniveau (50 oder niedriger). In Tabelle 4.9 (S.70) sind die Sechs-Monats-Prävalenzen angegeben. Die Prävalenzangaben in Tabelle 4.9 sind dabei jeweils die Raten auf Basis der Elternangaben, auf Basis der Angaben der Kinder bzw. Jugendlichen selbst und die kombinierte Rate (Kriterien bei Eltern- oder Kindangaben erfüllt).

Tabelle 4.9: Sechs-Monats-Prävalenzen ohne und mit Beachtung des Beeinträchtigungskriteriums

Störung	ohne Beachtung des Beeinträchtigungskriteriums Eltern, Kind, kombiniert	Beachtung des Beeinträchtigungskriteriums Eltern, Kind, kombiniert
irgendeine Störung	30,3% 32,2% 50,6%	19,2% 19,6% 32,8%
Angststörung	21,0% 23,7% 39,5%	9,8% 12,3% 20,5%
Überängstliche Störung	4,3% 5,4% 11,4%	3,1% 3,7% 7,7%
Soziale Phobie	7,9% 8,5% 15,1%	4,5% 3,7% 7,6%
TAS	2,5% 3,1% 6,5%	2,3% 2,7% 5,8%
Agoraphobie	1,6% 5,1% 6,5%	1,4% 3,6% 4,8%
Einfache Phobie	11,7% 11,2% 21,6%	1,3% 2,0% 3,3%
Expansive Störung	8,1% 7,1% 14,3%	7,6% 4,7% 11,5%
SOT	4,4% 2,2% 7,1%	4,4% 1,9% 6,5%
ADHS	4,5% 2,2% 6,5%	4,0% 1,2% 5,1%
SSV	1,4% 4,4% 5,8%	1,3% 2,7% 3,9%
Depression (SDS und Dysthymie)	3,9% 6,0% 8,8%	3,7% 4,3% 7,2%
Enuresis	3,8% 1,6% 4,9%	2,9% 1,1% 3,7%
Substanzstörung	0,5% 2,0% 2,2%	Beeinträchtigung in Kriterien enthalten

Nimmt man die kombinierten Raten und das Vorliegen des Beeinträchtigungskriteriums (fett hervorgehobene Werte in Tabelle 4.9) als gefundene Prävalenzraten, ist ca. jedes dritte Kind von einer psychischen Störung betroffen. Von einer Angststörung sind ca. 20% der befragten Kinder bzw. Jugendlichen betroffen, von einer expansiven Störung reichlich 10%. Damit waren Angststörungen in dieser Studie etwa doppelt so häufig wie expansive Störungen. Innerhalb der Angststörungen traten Überängstliche Störungen und Soziale Phobien am häufigsten auf. Einfache Phobien waren zwar bei Vernachlässigung des Beeinträchtigungskriteriums am häufigsten, lagen aber bei Vorliegen einer Beeinträchtigung nur noch bei reichlich 3% der Kinder bzw. Jugendlichen vor. Bei den expansiven Störungen lag SOT häufiger als ADHS vor, die Diagnose einer SSV wurde innerhalb dieser Störungsgruppe am seltensten vergeben. Bei den übrigen Störungen waren Depressionen am häufigsten (vor Enuresis und Substanzmissbrauch).

Komorbidität:

Ausführungen zur Komorbidität basieren ebenfalls auf den sechs Monaten vor der Erhebung. Sie finden sich bei Rapoport et al. (2000) und Goodman et al. (2000). Rapoport und Kollegen fanden für Kinder mit einer Zwangsstörung, dass 55% an einer weiteren Angststörung, ca. 30% an einer depressiven Störung und jeweils etwa 10% an einer der drei expansiven Störungen litten. 20% der von einer Zwangsstörung betroffenen Kinder litten an keiner weiteren Störung.

Goodman und Kollegen fanden, dass nur 14% der von einer Schweren Depressiven Störung Betroffenen und 18% der von einer Dysthymie Betroffenen keine komorbide Störung aufwiesen. Bei beiden depressiven Störungen lag jeweils bei rund 40% der Betroffenen zusätzlich eine expansive Störung vor und bei über der Hälfte (bei 60% derer mit einer Schweren Depressiven Störung und bei 55% derer mit Dysthymie) zusätzlich eine Angststörung.

Zusammenfassung und Kritik

Die Beschreibung der Stichprobenziehung ist genau und gut nachvollziehbar. Es fehlen allerdings Angaben über die Anzahl der Kinder bzw. Jugendlichen in den einzelnen Jahrgängen, was die Interpretation der Ergebnisse deutlich erschwert. Auch wurden keine geschlechtsspezifischen Prävalenzangaben gemacht. Die Altersspanne von 9 bis 17 Jahren schließt die Pubertät mit ein. Bei Jungen und Mädchen bestehen hinsichtlich des Vorliegens bzw. Auftretens psychischer Störungen vor, während und nach der Pubertät erhebliche Unterschiede. Jungen sind vor der Pubertät häufiger von psychischen Störungen betroffen als Mädchen. Nach der Pubertät kehrt sich dieses Verhältnis deutlich um, insbesondere bei Angst- und depressiven Störungen. Da die vorliegenden Prävalenzangaben weder alters- noch geschlechtsspezifisch sind, ist eine Vergleichbarkeit dieser Ergebnisse mit den Beobachtungen der vorliegenden Arbeit nur sehr eingeschränkt möglich.

(6) National Survey of Mental Health and Wellbeing (Child and Adolescent Component)

Verwendete Artikel: Graetz, Sawyer, Hazell, Arney & Baghurst (2001), Rey, Sawyer, Raphael, Patton & Lynskey (2002), Sawyer, Kosky, Graetz, Arney, Zubrick & Baghurst (2000), Sawyer, Arney, Baghurst, Clark, Graetz, Kosky, Nurcombe, Patton, Prior, Raphael, Rey, Whaites & Zubrick (2000), Sawyer, Arney, Baghurst, Clark, Graetz, Kosky, Nurcombe, Patton, Prior, Raphael, Rey, Whaites & Zubrick (2001)

Methode

Mit Hilfe einer mehrstufigen Stichprobenziehung wurden 4500 Kinder im Alter zwischen 4 und 17 Jahren aus Haushalten ausgewählt, die über ganz Australien verteilt sind, wobei jeweils nur ein Kind aus einem Haushalt ausgewählt wurde (bei mehreren Kindern passenden Alters innerhalb eines Haushalts geschah diese Auswahl per Zufall). Die erreichte Ausschöpfungsquote lag bei 86%. Diagnostische Interviews wurden in 3597 Haushalten geführt. Aufgrund von Zeitbegrenzungen wurde nur ein Elternteil interviewt. Die Erhebung erstreckte sich von Februar 1998 bis Ende Mai 1998. Das eingesetzte Instrument war der Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV), das eine Diagnosenstellung auf Basis des DSM-IV zulässt. Dabei wurde aber nicht das vollständige DISC-IV durchgeführt, sondern bestimmte Diagnosen ausgewählt, um das Interview zu verkürzen. Nur die folgenden Störungen wurden erfasst: depressive Störungen, ADHS und SSV.

Ergebnisse

Prävalenzraten:

Es wurden für die drei betrachteten Störungen Ein-Jahres-Prävalenzen ermittelt. Bei 14,2% der Befragten wurde eine oder mehrere der erfassten Störungen diagnostiziert. In Tabelle 4.10 sind die Prävalenzen für die einzelnen Störungen zusammengestellt.

ADHS wurde also innerhalb dieser drei Störungen sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen am häufigsten diagnostiziert; allerdings ist die Rate bei Jungen mehr als doppelt so hoch wie bei Mädchen. Nahezu jeder fünfte Junge erfüllte im Alter zwischen 6 und 12 Jahren die Diagnosekriterien. Insgesamt bestand bei 5,8% der Unaufmerksame Typus, bei 2,0% der Hyperaktive Typus und bei 3,3% der Gemischte Typus. Jungen wiesen signifikant höhere Raten von ADHS und SSV auf als Mädchen. Bei den 13- bis 17-Jährigen bestanden zwischen Jungen und Mädchen hinsichtlich des Bestehens einer depressiven Störung keine signifikanten Unterschiede, aber bei den 6- bis 12-Jährigen waren Jungen signifikant häufiger betroffen.

Tabelle 4.10: Ein-Jahres-Prävalenzen für die erfassten Störungen in %

Störung	weiblich (n=1805)			männlich (n=1792)			Gesamt 6-17
	6-12	13-17	gesamt	6-12	13-17	gesamt	
ADHS	8,8	3,8	6,8	19,3	10,0	15,4	11,2
SSV	1,9	1,0	1,6	4,8	3,8	4,4	3,0
Depressive Störung	2,1	4,9	3,2 (2,8)*	3,7	4,8	4,2 (3,2)*	3,7 (3,0)*

*Die Raten in Klammern stammen aus dem Artikel von Sawyer et al. (2001) und wurden aufgrund veränderter Berechnungsalgorithmen so nach unten korrigiert.

Komorbidität:

Bei 23% derjenigen Kinder und Jugendlichen, bei denen eine Störung bestand, wurde auch eine weitere Störung diagnostiziert. ADHS lag bei 74,1% der Betroffenen als einzige Störung vor. Bei 11,6% der von ADHS Betroffenen bestand auch eine SSV, bei 8,9% eine depressive Störung und bei 4,5% sowohl eine zusätzliche SSV als auch eine depressive Störung. Depressive Störungen lagen bei 51,4% der Betroffenen als alleinige Störung vor, bei 27% bestand darüber hinaus noch eine ADHS, bei 8,1% ein SSV und beide Störungen wurden zusätzlich zur depressiven Störung bei 13,5% diagnostiziert. SSV trat als alleinige Störung nur bei 30% der Betroffenen auf. Bei 43,3% der Betroffenen bestand zusätzlich eine ADHS und bei 10% eine depressive Störung; der Anteil derer, die an allen drei erfassten Störungen litten, lag, bezogen auf SSV, bei 16,7%. Insgesamt sind also die Komorbiditätsraten von Störung zu Störung sehr unterschiedlich, und ADHS scheint in drei Viertel der Fälle als alleinige Störung aufzutreten. Allerdings wurde beim Vorliegen von SSV oder einer depressiven Störung eine höhere Wahrscheinlichkeit für den Konsum von Cannabis beobachtet; für ADHS wurde diesbezüglich kein Zusammenhang beobachtet. Erfahrungen mit Cannabis gingen auch mit höheren Raten hinsichtlich Alkoholkonsum und Rauchen einher, was insgesamt auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Substanzstörung hinweist. Jungen wiesen eine höhere Rate komorbider Störungen als Mädchen auf (27% vs. 15%). Es darf an dieser Stelle aber nicht vergessen werden, dass keinerlei Angststörungen oder andere psychische Störungen erfasst wurden, die hier möglicherweise ein anderes Bild ergeben hätten.

Zusammenfassung und Kritik

Jungen waren von ADHS und SSV auch in dieser Studie häufiger betroffen als Mädchen; depressive Störungen wurden bei Jungen und Mädchen etwa gleich häufig diagnostiziert.

Innerhalb dieser Studie wurden in einer großen Anzahl von Haushalten mit Kindern oder Jugendlichen in entsprechendem Alter Interviews durchgeführt. Allerdings wurde leider immer nur ein Elternteil befragt und die Diagnostik auf nur drei Störungen beschränkt. Darüber hinaus ist problematisch, dass teilweise das Beeinträchtigungskriterium vernachlässigt wurde und das Ausschlusskriterium, wenn eine Symptomatik durch eine andere Störung besser erklärbar ist, gar nicht angewendet werden konnte. Es ist also zu vermuten, dass die Prävalenzraten für die drei erfassten Störungen zu hoch liegen. Die Studie erfasst eine breite Altersspanne und weist auch Prävalenzangaben nach Alter und Geschlecht auf. Allerdings ist die Verwertbarkeit dieser Ergebnisse aufgrund der genannten Kritikpunkte doch erheblich eingeschränkt.

(7) British Child Mental Health Survey (BCMHS)

Verwendete Artikel: Goodman, Ford & Meltzer (2002), Heyman, Fombonne, Simmons, Ford, Meltzer & Goodman (2001), Meltzer, Gatward, Goodman & Ford (2000)

Methode

Kinder im Alter zwischen 5 und 15 Jahren aus England, Wales und Schottland bildeten die Grundgesamtheit (6 422 202). Mit Hilfe verschiedener Methoden wurden 12 529 Kinder ausgewählt, die die Kriterien für eine Teilnahme am Interview erfüllten. Es wurde eine Ausschöpfungsquote von 83% erreicht und somit von 10 438 Kindern jeweils ein Elternteil interviewt. In 90% der Fälle war dies die leibliche Mutter. Bei 11- bis 15-Jährigen wurden auch die Jugendlichen selbst befragt. Das eingesetzte Instrument ist eine Kombination aus strukturierten und halbstrukturierten Interviewteilen und erlaubt die Ableitung von DSM-IV- und ICD-10-Diagnosen. Bei diesem Instrument handelt es sich um das speziell für diese Studie entwickelte Development and Well-Being Assessment (DAWBA), das sich an Eltern von 5- bis 15-Jährigen richtet, aber für 11- bis 15-Jährige auch einen Teil zum direkten Interview des Kindes bzw. Jugendlichen enthält. Es wurden folgende Störungen erfasst: Angststörungen (TAS, Spezifische Phobie, Soziale Phobie, Panikstörung, Agoraphobie, PTB, Zwangsstörung, GAS und andere Angst), Depression (Depressive Episode und andere depressive Episode), Verhaltensstörungen (SOT, SSV – im familiären Kontext und drei weitere Arten von SSV), hyperkinetische Störungen (Hyperkinetische Störung und andere hyperkinetische Störung) und seltenere Störungen (Andauernde Entwicklungsstörung, Psychotische Störung, Tic-Störung, Ess-Störungen und andere psychiatrische Störungen).

Ergebnisse

Prävalenzraten:

Leider fehlt zu den berichteten Prävalenzen eine Zeitangabe. Das schränkt die Vergleichbarkeit erheblich ein. Es kann vermutet werden, dass es sich bei den Prävalenzraten um Sechs-Monats- oder Ein-Jahres-Prävalenzen handelt, da die Instrumente, die bei der Erarbeitung des DAWBA herangezogen wurden, üblicherweise diesen Zeitbezug haben. In Tabelle 4.11 (S.75) sind die Prävalenzen nach Alter und Geschlecht zusammengestellt.

Tabelle 4.11: Prävalenzraten der erfassten Störungen nach Alter und Geschlecht

Störung	Mädchen			Jungen			alle		
	5-10	11-15	5-15	5-10	11-15	5-15	5-10	11-15	5-15
irgendeine Störung	5,9	9,6	7,6	10,4	12,8	11,4	8,2	11,2	9,5
Angststörung	3,1	5,3	4,0	3,2	3,9	3,5	3,1	4,6	3,8
TAS	1,0	0,3	0,7	1,0	0,7	0,9	1,0	0,5	0,8
Spezifische Phobie	1,0	1,1	1,1	1,1	0,7	0,9	1,1	0,9	1,0
Soziale Phobie	0,2	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3
Panikstörung	--	0,3	0,1	--	0,4	0,2	--	0,3	0,1
Agoraphobie	--	0,2	0,1	--	0,1	0,1	--	0,2	0,1
PTB	--	0,5	0,2	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4	0,2
Zwangsstörung	0,1	0,5	0,2	0,1	0,5	0,3	0,1	0,5	0,2
GAS	0,4	1,1	0,7	0,3	0,8	0,5	0,4	0,9	0,6
andere Angst	0,5	2,3	1,3	0,9	1,3	1,1	0,7	1,8	1,2
Depression	0,3	1,9	1,0	0,2	1,7	0,9	0,2	1,8	0,9
Verhaltensstörung	2,7	3,8	3,1	6,5	8,6	7,4	4,6	6,2	5,3
SOT	2,1	1,3	1,8	4,8	2,8	3,9	3,5	2,1	2,9
SSV (familiär)	0,1	0,4	0,2	--	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
unsozialisierte SSV	0,2	0,3	0,2	0,5	1,0	0,7	0,4	0,6	0,5
sozialisierte SSV	0,0	1,1	0,5	0,6	2,8	1,5	0,3	1,9	1,0
andere Verhaltensstörung	0,3	0,7	0,5	0,6	2,0	1,2	0,4	1,4	0,9
hyperkinet. Störung	0,4	0,5	0,4	2,6	2,3	2,4	1,5	1,4	1,4

Jungen sind im Alter zwischen 5 und 15 Jahren häufiger von psychischen Störungen betroffen als Mädchen. Allerdings ist dieser Unterschied, wie auch schon in anderen Studien beobachtet wurde, vor allem durch die größere Häufigkeit expansiver Störungen begründet. Bei depressiven Störungen finden sich für Jungen und Mädchen etwa gleiche Häufigkeiten; bei Angststörungen deutet sich für 11- bis 15-Jährige bereits die größere Häufigkeit für Mädchen im Vergleich mit Jungen an.

In einer weiteren Publikation zu dieser Studie wurden die Altersgrenzen etwas anders gesetzt. In diesem Artikel wurde vor allem die Zwangsstörung genauer betrachtet. Es sind in dieser Studie etwa gleich viele Jungen und Mädchen von einer Zwangsstörung betroffen. Dabei wurde eine Zunahme der Auftretensrate mit zunehmendem Alter beobachtet: für 5- bis 7-Jährige 0,026%, für 8- bis 10-Jährige 0,14%, für 11- bis 12-Jährige 0,21% und für 13- bis 15-Jährige 0,63%. Für die gesamte betrachtete Altersspanne ergibt dies eine Prävalenzrate von 0,25% mit einem 95%-Konfidenzintervall von 0,14 bis 0,35.

Komorbidität:

Leider enthält der sehr ausführliche Übersichtsbericht zu dieser Studie keine Angaben zur Komorbidität, so dass nur auf die Angaben aus demjenigen Artikel zurückgegriffen werden kann, der sich vor allem mit der Zwangsstörung befasst. 76% der Kinder, die an einer Zwangsstörung litten, wiesen mindestens eine weitere Störung auf. Dabei war etwa die Hälfte von einer weiteren Angststörung betroffen (52%); bei etwas weniger als der Hälfte lagen als komorbide Störung eine Störung des Sozialverhaltens oder eine Störung mit oppositionellem Trotzverhalten vor (44%), und etwa jeder Fünfte von einer Zwangsstörung Betroffene wies zusätzlich eine depressive Störung auf (20%). In einem Fall (4% derer mit einer Zwangsstörung) lag als komorbide Störung eine Ess-Störung vor. In dieser Studie traten weder ADHS noch Tic-Störungen als komorbide Störungen von Zwangsstörungen auf.

Zusammenfassung und Kritik

Positiv ist an dieser Studie zu vermerken, dass drei Informanten befragt wurden, wobei dies natürlich wiederum das Problem des Umgangs mit widersprüchlichen Angaben aufwirft. Leider finden sich kaum Angaben zur Komorbidität, obwohl diese mit erfasst wurde. Das größte Problem beim Vergleich dieser Ergebnisse mit den Beobachtungen anderer Studien oder auch der vorliegenden Studie stellt aber zweifelsohne das Fehlen der Angabe zum betrachteten Zeitfenster dar.

(8) Zürich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology (ZESCAP)

Verwendete Artikel: Steinhausen, Winkler, Metzke, Meier & Kannenberg (1998), Steinhausen & Winkler-Metzke (2001a+b)

Methode

Eine repräsentative Stichprobe von 1964 Kindern im Kanton Zürich (1015 Jungen und 949 Mädchen) im Alter zwischen 7 und 16 Jahren wurde gescreent. Als Screeninginstrument wurde die CBCL verwendet. In der zweiten Stufe wurde der Diagnostic Interview Schedule for Children-Parent Version (DISC-P2.3) eingesetzt, was die Vergabe von DSM-III-R-Diagnosen erlaubt. Dabei wurden aus Zeitgründen die Abschnitte Ausscheidungsstörungen, Manie/ Hypomanie und Psychoscreening nicht durchgeführt. Bei dieser zweiten Stufe wurden die Eltern von 379 Kindern befragt.

Ergebnisse

Prävalenzraten:

Die gefundenen Raten beziehen sich auf die sechs Monate vor der Durchführung des Interviews. Für 22,5% der untersuchten Kinder wurde eine psychische Störung diagnostiziert. Etwa die Hälfte der vorliegenden Störungen waren Angststörungen. In Tabelle 4.12 sind die Sechs-Monats-Prävalenzen der erfassten Störungen und Störungsgruppen zusammengestellt.

Tabelle 4.12: Sechs-Monats-Prävalenzen der erfassten Störungen

Störung	Prävalenz in %	Störung	Prävalenz in %
irgendeine Störung	22,48		
Angststörung	11,42	Einfache Phobie	5,80
depressive Störung	0,66	Soziale Phobie	4,67
SDS	0,66	Überängstliche Störung	2,08
Dysthymie	0,19	Agoraphobie	1,86
expansive Störung	6,50	Ängstlich-vermeidende Störung	1,63
ADHS	5,25	TAS	0,75
SOT	2,09	GAS	0,55
Substanzstörung	0,29		
Alkoholmissbrauch	0,10	Zwangsstörung	0,21
Marihuana-Abhängigkeit	0,19	Tics	6,01

Angststörungen und expansive Störungen wurden am häufigsten diagnostiziert. Innerhalb der Angststörungen traten Einfache und Soziale Phobie am häufigsten auf. Ähnlich häufig wie eine Einfache Phobie trat auch ADHS auf. Sehr oft wurde auch eine Tic-Störung diagnostiziert. Auf Einzelstörungsebene sind Tic-Störung, Einfache Phobie und ADHS die häufigsten Störungen in der untersuchten Stichprobe.

Für das Vorliegen irgendeiner psychischen Störung findet sich ein signifikanter Alterstrend in der Form, dass innerhalb der jüngsten Altersgruppe (6 bis 9 Jahre) mit 31,3% und der mittleren Altersgruppe (10 bis 13 Jahre) mit 25,4% signifikant mehr psychische Störungen diagnostiziert wurden als innerhalb der ältesten Altersgruppe (14 bis 17 Jahren), in der bei 12,8% der Jugendlichen eine psychische Störung vorlag. Wenn die Prävalenzraten für Geschlecht und Alter kalkuliert wurden, fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Tabelle 4.13: Sechs-Monats-Prävalenz für das Vorliegen irgendeiner psychischen Störung nach Alter und Geschlecht

Geschlecht	7 bis 9 Jahre	10 bis 13 Jahre	14 bis 17 Jahre
Mädchen (n=170)	31,7%	16,0%	8,6%
Jungen (n=209)	34,7%	34,0%	15,8%

Ungewöhnlich im Vergleich mit anderen Studien ist, dass in dieser Stichprobe Jungen auch nach der Pubertät eine höhere Prävalenzrate aufweisen als Mädchen dieser Altersgruppe (Tabelle 4.13). Widersprüchlich zu anderen Studienergebnissen ist auch, dass jüngere Mädchen hier deutlich häufiger an psychischen Störungen leiden als ältere.

Komorbidität:

Von den 125 Kindern bzw. Jugendlichen, bei denen in dem betrachteten Sechs-Monats-Zeitraum eine psychische Störung diagnostiziert wurde, litten 50 an mindestens einer weiteren Störung, was 40% derer ausmacht, die von einer psychischen Störung betroffen waren. Bei den meisten davon (35) bestand genau eine weitere Störung, bei acht Kindern lagen zwei weitere Störungen vor und sieben Kinder bzw. Jugendliche erfüllten die Kriterien für drei oder mehr komorbide Störungen. Besonders hohe Komorbiditätsraten wiesen dabei Angststörungen auf.

Tabelle 4.14: Komorbiditätsraten zwischen Störungsgruppen

komorbid mit Störung	Angststörung (%)	Tic-Störung (%)	Affektive Störung (%)	Expansive Störung (%)
Angststörung		28	20	60
Tic-Störung	78			33
Affektive Störung	83			33
Expansive Störung	83	17	11	

60% der Kinder bzw. Jugendlichen mit einer Angststörung litten auch an einer expansiven Störung. Bei jeweils 83% derer mit einer affektiven oder expansiven Störung bestand auch eine Angststörung.

Zusammenfassung und Kritik

Innerhalb dieser Studie wurden zwar relativ viele psychische Störungen erfasst; aber es wurden doch leider nur die Eltern einer vergleichsweise kleinen Stichprobe direkt interviewt, womit die Prävalenzschätzungen erheblichen Verzerrungen unterliegen können. Da geschlechtsspezifische Prävalenzangaben für die einzelnen Störungen fehlen, ist die Übertragbarkeit der hier gefundenen Ergebnisse auf die vorliegende Arbeit erheblich eingeschränkt. Eine gewisse Vergleichbarkeit ist nur mit der Häufigkeit des Vorliegens irgendeiner Störung gegeben. Da diese Studie aber die einzige im deutschen Sprachraum ist, die den oben aufgeführten Kriterien entspricht, soll sie hier mit aufgeführt bleiben.

4.4 Deutschsprachige Vergleichsstudien

Leider fand sich unter den Studien, die den in Abschnitt 4.3 beschriebenen Kriterien genügten, nur eine Studie aus dem deutschsprachigen Raum (ZESCAP). Außerdem werden in der vorliegenden Arbeit retrospektive Daten ausgewertet. Zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse sollen an dieser Stelle auch zwei große epidemiologische Studien aus Deutschland, die das Kindesalter (bis zum Alter von 12 Jahren) ebenfalls retrospektiv erfassen, vorgestellt werden. Im Anhang II finden sich diese beiden Studien unter Nummer (3) und Nummer (7) der nicht ausgewählten Studien. Der Ausschluss erfolgte aufgrund des Alters der Probanden. Es handelt sich dabei um die „Bremer Jugendstudie“ und die Studie zu „Early developmental stages of psychopathology (EDSP)“, die in München durchgeführt wurde. Bei beiden kam ein standardisiertes Interview unter Verwendung der DSM-IV-Kriterien zum Einsatz, und in der Bremer Jugendstudie wurde darüber hinaus auch ein strukturiertes Interview eingesetzt. Im Folgenden werden beide Studien ausführlich vorgestellt und diskutiert.

(1) Bremer Jugendstudie (BJS)

Verwendete Artikel: Essau, Conradt & Petermann (2000), Essau, Groen, Conradt, Turbanisch & Petermann (1999), Essau, Karpinski, Petermann & Conradt (1998)

Methode

Es handelt sich bei der Stichprobe um eine Zufallsauswahl von Schülerinnen und Schülern, die in Bremen und Bremerhaven rekrutiert wurden. Von den 38 angesprochenen Schulen lehnten zwei die Teilnahme ab. An den verbleibenden 36 Schulen wurden 2300 Mädchen und Jungen angesprochen. Die Angabe der Anzahl Jugendlicher, die sich zur Teilnahme bereit erklärten, variiert zwischen zwei der Veröffentlichungen: bei Essau et al. (2000) wird die Zahl von 1444 genannt, bei Essau et al. (1999) eine Zahl von 1311. Die berichtete Ausschöpfungsquote von 62,8% stützt sich auf die Zahl 1444, wobei bei Essau et al. (1999) berichtet wird, dass nur 1232 Jugendliche wirklich an der Studie teilnahmen, was einer tatsächlichen Ausschöpfungsquote von 53,6% entspricht. Auch finden sich bezüglich der Anzahl Jugendlicher mit kompletten Datensätzen zwischen diesen beiden Veröffentlichungen unterschiedliche Angaben: bei Essau et al. (2000) werden 1035 genannt, die auch bei Essau et al. (1999) erwähnt werden, aber dann doch nur 1009 komplette Datensätze beider Interviews für die weitere Auswertung genutzt werden. Die Angabe von 1035 interviewten Jugendlichen findet sich auch in der Veröffentlichung von 1998. Leider wird im Artikel von 1999 nicht erklärt, warum der dortigen Analyse 26 Datensätze weniger zugrunde gelegt werden. Möglicherweise liegen bei diesen Jugendlichen auch die eingesetzten Fragebogen vor, da von den drei Veröffentlichungen diese die einzige ist, die auch Fragebogendaten einbezieht.

Die Teilnahme erfolgte freiwillig, und die Jugendlichen benötigten das Einverständnis der Eltern. Die untersuchten Jugendlichen waren zwischen 12 und 17 Jahren alt. Das Durchschnittsalter lag bei 14,3 Jahren mit einer Standardabweichung von 1,7 Jahren. Die erste Er-

hebung wurde zwischen Mai 1996 und Juli 1997 durchgeführt. Eine zweite Erhebung sollte 15 Monate später erfolgen. Bisher sind mir zum Längsschnitt aber keine Veröffentlichungen bekannt. Es nahmen 614 Mädchen und 421 Jungen teil, wobei 21,5% der teilnehmenden Jugendlichen zum Zeitpunkt der Ersterhebung 12 Jahre und nur 13,4% 17 Jahre alt waren.

Die DSM-IV-Diagnosen wurden mit Hilfe zweier kombinierter diagnostischer Interviews erfasst. Zum einen handelt es sich dabei um das CAPI (Computer Assisted Personal Interview of the Munich Version of the Composite International Diagnostic Interview-M-CIDI) und zum anderen um das Bremer Jugendinterview. Mit Hilfe des CAPI können Lebenszeitdiagnosen folgender Störungen erfasst werden: Schwere Depressive Störung, Dysthyme Störung, Agoraphobie, Spezifische Phobie, Panikstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Zwangsstörung, Alkohol- und Drogenmissbrauch und -abhängigkeit, Somatisierungsstörung, Undifferenzierte Somatoforme Störung, Konversionsstörung, Somatoforme Schmerzstörung und Hypochondrie. Mit dem Bremer Jugendinterview wurden ADHS, SSV, SOT und TAS nach den Kriterien des DSM-IV erfasst. Darüber hinaus wurden verschiedene Fragebögen eingesetzt, auf die hier aber nicht genauer eingegangen wird.

Ergebnisse

Prävalenzraten:

Den besten Überblick zur Prävalenz der betrachteten Störungen findet sich bei Essau et al. (1998). Angaben bezüglich der expansiven Störungen finden sich bei Essau et al. (2000).

In Tabelle 4.15 (S.81) sind die Lebenszeitprävalenzen für jede Störungsgruppe in absteigender Häufigkeit aufgelistet. Insgesamt erfüllen 41,9% (n=434) der Jugendlichen die Kriterien für eine der erfassten Störungen im Laufe ihres Lebens. Am häufigsten traten Angststörungen (18,6%) auf, wobei depressive Störungen (17,9%) fast genauso oft diagnostiziert wurden. Bei diesen beiden Störungsgruppen waren Mädchen jeweils knapp doppelt so oft betroffen wie Jungen (Angststörungen: 21,8% vs. 13,8%; depressive Störungen: 21,5% vs. 12,6%). Dieses Muster findet sich auch bei somatoformen Störungen (15,5% vs. 9,7%), die am dritthäufigsten auftraten (13,1%). Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit (insgesamt bei 12,3% der Jugendlichen) wurde bei Jungen knapp doppelt so häufig diagnostiziert wie bei Mädchen (16,9% vs. 9,1%). Erstaunlich selten wurden Störungen aus der Gruppe der expansiven Störungen berichtet, wobei leider Angaben für die gesamte Störungsgruppe fehlen und für SSV und SOT keine geschlechtsspezifischen Angaben gemacht werden. Besonders überraschend ist, dass nur zwei Fälle von ADHS als Lebenszeitdiagnosen festgestellt wurden.

Tabelle 4.15: Lebenszeitprävalenzen der erfassten Störungen in der Bremer Jugendstudie

Störung	Prävalenz in % (n)		
	weiblich n = 614	männlich n = 421	Gesamt n = 1035
Angststörung	21,8 (134)	13,8 (58)	18,6 (192)
Phobie NNB	13,5 (83)	9,5 (40)	11,9 (123)
Agoraphobie	4,9 (30)	2,9 (12)	4,1 (42)
Spezifische Phobie	4,2 (26)	2,4 (10)	3,5 (36)
Soziale Phobie	2,1 (13)	1,0 (4)	1,6 (17)
PTB	1,8 (11)	1,4 (6)	1,6 (17)
Zwangsstörung	1,3 (8)	1,2 (5)	1,3 (13)
Panikstörung	0,5 (3)	0,5 (2)	0,5 (5)
GAS	0,3 (2)	0,5 (2)	0,4 (4)
Depressive Störung	21,5 (132)	12,6 (53)	17,9 (185)
Major Depression	16,3 (100)	10,7 (45)	14,0 (145)
Dysthyme Störung	7,5 (46)	2,9 (12)	5,6 (58)
Somatoforme Störung	15,5 (95)	9,7 (41)	13,1 (136)
Undiff. Somatoforme Störung	12,4 (76)	9,0 (38)	11,0 (114)
Somatoforme Schmerzstörung	2,6 (16)	0,5 (2)	1,7 (18)
Konversionsstörung	1,6 (10)	1,0 (4)	1,4 (14)
Hypochondrie	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Somatisierungsstörung	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Substanzstörung	9,1 (56)	16,9 (71)	12,3 (127)
Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit	6,8 (42)	12,8 (54)	9,3 (96)
Cannabissmissbrauch/-abhängigkeit	3,6 (22)	10,5 (44)	6,4 (66)
Expansive Störung	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe
SSV	keine Angabe	keine Angabe	5,0* (50)
SOT	keine Angabe	keine Angabe	2,7* (27)
ADHS	0,2* (1)	0,2* (1)	0,2* (2)

*Diese Prävalenzangaben beziehen sich auf eine Gesamtstichprobe von n=1009 (599 Mädchen und 410 Jungen).

Innerhalb der Gruppe der Angststörungen findet sich die „Nicht Näher Bezeichnete Phobie“ mit Abstand am häufigsten (11,9%), wohingegen Spezifische und Soziale Phobien (3,5% bzw. 1,6%) eher selten berichtet wurden. Innerhalb der Spezifischen Phobien waren Tierphobien und umweltbezogene Phobien (meist Höhenangst) am häufigsten (Gesamt: jeweils n=11 [1,1%]; Tierphobien: acht Mädchen [1,3%], drei Jungen [0,7%]; umweltbezogene Phobien: zehn Mädchen [1,6%], ein Junge [0,2%]). Dabei fällt auf, dass Mädchen unter umweltbezogenen Phobien deutlich öfter leiden als Jungen (8:1). Auch bei Tierphobien sind Mädchen häufiger betroffen als Jungen (2:1). Situationsbedingte Phobien (meist Angst in engen, geschlossenen Räumen) traten bei Mädchen und Jungen etwa gleich häufig auf (Gesamt: n=9 [0,9%]; fünf Mädchen [0,8%], vier Jungen [1,0%]). Bei Blut- und Verletzungsphobien, die insgesamt bei acht Jugendlichen vorlagen, waren Mädchen (n=7, 1,1%) wieder deutlich häufiger betroffen als Jungen (n=1, 0,2%). Sonstige Phobien wurden bei Jungen etwas häufiger diagnostiziert als bei Mädchen (Gesamt: n=4; ein Mädchen [0,2%], drei Jungen [0,7%]). Keiner der gefundenen Häufigkeitsunterschiede zwischen Mädchen und Jungen erreichte statistische Signifikanz. Bei Zwangsstörungen findet sich in dieser Studie etwa ein Verhältnis von 1:1 zwischen Jungen und Mädchen. Häufigkeitsangaben für Störung mit Trennungsangst konnten nicht gefunden werden.

Depressive Störungen wurden sehr häufig diagnostiziert, wobei das in dieser Altersgruppe auch zu erwarten ist. Innerhalb der somatoformen Störungen lag die „Undifferenzierte somatoforme Störung“ am häufigsten vor (11,0%). Bei den Substanzstörungen wurden nur die beiden häufigsten Substanzen einzeln aufgeführt. Die Verwendung anderer Substanzen ist deutlich seltener. Die Lebenszeitprävalenzen für den Missbrauch oder die Abhängigkeit von solchen anderen Substanzen liegt je nach Substanz zwischen 0,0% und 0,6%.

Komorbidität:

Bezogen auf Angst-, depressive, somatoforme und Substanzstörungen traten 62,2% (n=270) der Störungen als reine Störung auf. Bei 29,3% (n=127) der betroffenen Jugendlichen lagen zwei Störungen vor, und bei 8,5% (n=37) lagen drei oder mehr Störungen vor. Die Überschneidungen zwischen Störungen aus den jeweiligen Störungsgruppen sind in Tabelle 4.16 dargestellt. Somatoforme Störungen traten nur bei reichlich einem Viertel der Betroffenen als reine Störung auf, dahingegen bestand bei jeweils fast der Hälfte der Betroffenen mit einer Angststörung sowie mit einer Substanzstörung nur diese eine Störung. Eine überraschend geringe Komorbidität wurde zwischen Angst- und Substanzstörungen gefunden.

Die Komorbidität von ADHS-Symptomen mit anderen Störungen zeigt ein etwas anderes Muster, nämlich dass 69,8% der von ADHS-Symptomen betroffenen Jugendlichen mindestens eine komorbide Störung aufweisen. Bei 37,1% bestanden zusätzlich sogar zwei weitere Störungen. Bei Mädchen lagen als komorbide Störungen vorwiegend depressive, somatoforme oder Angststörungen vor. Bei Jungen waren häufiger Substanzmissbrauch und –abhängigkeit oder Störungen des Sozialverhaltens komorbide Probleme. Auf eine ausführ-

lichere Darstellung dieser Komorbiditätsmuster wird hier verzichtet, da es sich eben nur um die Komorbidität mit ADHS-Symptomen handelt und zu den zwei voll ausgeprägten Fällen natürlich keine diesbezüglichen Betrachtungen möglich sind.

Tabelle 4.16: Lebenszeitkomorbidität zwischen den im CAPI erfassten Störungen

Störungsgruppen	Reine Störung n=270	Angststörung n=192	komorbid mit: Depression n=185	Somatoforme Störung n=136
Angststörung n=192	94 48,9%			
Depressive Störung n=185	78 42,2%	58 31,4% 30,2%		
Somatoforme Störung n=136	38 27,9%	51 37,5% 26,6%	52 38,2% 28,1%	

Bei der ersten Prozentangabe handelt es sich jeweils um die Zeilenprozent und bei der zweiten um die Spaltenprozent. Bei der Spalte „Reine Störung“ erübrigen sich die Spaltenprozent. Probanden, bei denen drei oder mehr Störungen auftraten, wurden in dieser Tabelle entsprechend mehrfach gezählt.

Verlauf:

Direkte Angaben zum Verlauf sind derzeit noch nicht möglich, da bisher keine Veröffentlichungen zum Längsschnitt der Bremer Jugendstudie erschienen sind. Allerdings lässt sich aus der Auswertung der betrachteten Alterskohorten auf altersbezogene Verläufe schließen. So nahmen depressive und somatoforme Störungen bei Mädchen von 12 bis 17 Jahren kontinuierlich zu. Bei Jungen fand sich auch eine leichte Zunahme dieser Störungen, aber insgesamt ein eher ungleichmäßiges altersbezogenes Muster. Substanzstörungen traten sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen mit zunehmendem Alter häufiger auf. Für Angststörungen wurde weder für Mädchen noch für Jungen ein altersbezogenes eindeutiges Muster gefunden.

Zum erstmaligen Auftreten der Störungen konnten Angaben für ADHS-Symptome und Spezifische Phobien gefunden werden. Der durchschnittliche Beginn der ADHS-Symptome wird mit 10,18 Jahren (SD=3,78) angegeben. Dabei beginnt das Syndrom des vorwiegend unaufmerksamen Typus mit einem durchschnittlichen Erstauftretensalter von 10,94 Jahren (SD=3,52) später als das Syndrom des vorwiegend hyperaktiv/ impulsiven Typus (M=9,44 Jahre, SD=4,18) und das des Mischtypus (M=9,64 Jahre, SD=3,58). Bei Spezifischen Phobien wurden keine genauen Altersangaben gefunden. Aber es wurde berichtet, dass alle diagnostizierten Tier- und umweltbezogenen Phobien sowie 80% der Blut- und Verletzungsphobien und der situationsbedingten Phobien vor dem Alter von 10 Jahren begannen.

Zusammenfassung und Kritik

Es zeigte sich, dass Jugendliche im Alter zwischen 12 und 17 Jahren häufig (42%) von psychischen Störungen betroffen sind, wobei mit Ausnahme der Substanzstörungen (und vermutlich der expansiven Störungen) Mädchen deutlich häufiger unter psychischen Störungen leiden als Jungen. Die Häufigkeit depressiver, somatoformer und Substanzstörungen nimmt bei Mädchen mit dem Alter zu, bei Jungen findet sich dieses Muster so eindeutig nur bei Substanzstörungen. Hinsichtlich Angst-, depressiven, somatoformen und Substanzstörungen lagen bei knapp zwei Drittel der Betroffenen reine Störungen vor. Jedoch traten somatoforme Störungen in der Mehrzahl mit komorbiden Störungen auf (nur rund 28% als reine Störung). Knapp ein Drittel der von einer Angststörung bzw. depressiven Störung Betroffenen wies komorbid die jeweils andere auf. Vergleichsweise niedrig war die Komorbidität zwischen Angst- und Substanzstörungen.

In dieser Studie wurde mit aktuellen Diagnosekriterien und –instrumenten eine Vielzahl von Störungen erfasst, was diesbezüglich eine gute Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie ermöglicht. Leider wurden aber weder Ess-Störungen noch Ausscheidungsstörungen betrachtet. Die bisherigen Veröffentlichungen geben auch nur einen sehr kleinen Einblick bezüglich des Erstauftretensalters der Störungen und sind bezüglich der eigentlichen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter ebenfalls sehr lückenhaft (fehlende geschlechtsspezifische Angaben). Angaben zur Störung mit Trennungsangst fehlen ganz, obwohl diese mit den eingesetzten Instrumenten erfasst werden konnte. Die Angabe einer Sechs-Monats- oder Ein-Jahres-Prävalenz hätte die Vergleichbarkeit noch deutlich verbessert.

Die sehr niedrige Lebenszeitprävalenz von voll ausgeprägter ADHS steht im Widerspruch zu anderen Studienergebnissen (vgl. Abschnitt 4.3). Diese schwanken zwar auch sehr stark, gehen aber doch im Mittel von einer Prävalenz von ca. 4% für Mädchen aus, und über alle Studien hinweg findet sich eine höhere Prävalenz der Störung für Jungen als für Mädchen. Ein weiterer Punkt, der die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert, sind die hohen Prävalenzraten der beiden Störungen: Phobie NNB und Undifferenzierte Somatoforme Störung. Diese beiden Störungen erscheinen wie eine Restgruppe und werden nicht genauer erklärt.

(2) Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP)

Verwendete Artikel: Lieb, Schuster, Pfister, Wunderlich, Holly, Mastaler, Sonntag, Gander, Höfler, Lachner, Perkonig, Garczynski, Türk & Wittchen (1998), Oldehinkel, Wittchen & Schuster (1999), Wittchen, Kessler, Pfister & Lieb (2000), Wittchen, Lieb, Pfister & Schuster (2000), Wittchen, Nelson & Lachner (1998), Wittchen, Reed & Kessler (1998), Wittchen, Stein & Kessler (1999), Wunderlich, Bronisch & Wittchen (1998)

Methode

Für diese Studie erfolgte die Stichprobenziehung 1994. Dabei wurden im Münchner Einwohnermeldeamt Jugendliche und junge Erwachsene ausgewählt, die im ersten Halbjahr

1995 zwischen 14 und 24 Jahren alt sein würden. Da die Studie als Längsschnittstudie angelegt war, wurden 14- und 15-Jährige mit der doppelten Wahrscheinlichkeit ausgewählt wie 16- bis 21-Jährige und 22- bis 24-Jährige mit der Hälfte dieser Wahrscheinlichkeit. Von den 4809 ausgewählten Personen konnten 4263 kontaktiert werden, und von diesen nahmen 3021 (1488 Mädchen bzw. Frauen sowie 1533 Jungen bzw. Männer) an der Ersterhebung teil. Die Ausschöpfungsrate lag damit bei 71%. Die Ersterhebung erfolgte im Sommer 1995. Bei der zweiten Erhebungswelle (Winter 1996/1997) wurden nur die bei der Ersterhebung 14- bis 17-Jährigen (n=1395) kontaktiert, von denen 1228 an der zweiten Erhebung teilnahmen (Ausschöpfungsquote 88%). Bei der Ersterhebung nahm die Ablehnungsrate mit dem Alter zu, besonders bei Frauen über 18 Jahre, deren Ablehnungsrate etwas höher lag als bei Männern in diesem Alter. Um eventuelle Verzerrungen durch die unterschiedlichen Wahrscheinlichkeiten bei der Stichprobenziehung und die Ausfallraten zu vermeiden, wurden die Daten nach Alter, Geschlecht und geographischer Lage (Stadt vs. Land) gewichtet. Alle Auswertungen erfolgten vorrangig mit diesen gewichteten Daten. Bei diesen Daten ergaben sich dann 1528 Mädchen bzw. Frauen und 1493 Jungen bzw. Männer. An der abschließenden dritten Erhebungswelle nahmen 2548 Probanden (dann 17 bis 29 Jahre alt) teil, was einer Ausschöpfungsquote von 84% entspricht.

Die Diagnosestellung erfolgte mit Hilfe des CAPI (Computer-Assisted Personal Interview), was eine spezielle Version des Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) ist. Es erlaubt die Erkennung von 48 psychischen Störungen nach DSM-IV-Kriterien und die Feststellung des ersten Auftretens, der Dauer und der Schwere der jeweiligen Störung. Bei der Ersterhebung wurden Störungen im Laufe der Lebenszeit und den vorangegangenen 12 Monaten erfasst und bei der zweiten Erhebung Störungen in der Zeit seit der Ersterhebung und ebenfalls den vorangegangenen 12 Monaten. Es wurden jeweils die Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen interviewt. Bei der zweiten Erhebungswelle wurde auch ein Elterninterview durchgeführt, auf das hier aber nicht weiter eingegangen wird.

Ergebnisse

Prävalenzraten:

Bei der Angabe der Prävalenzraten wird sich hinsichtlich der Ersterhebung auf den Artikel von Wittchen, Nelson & Lachner (1998) gestützt. In Tabelle 4.17 (S.86) sind die Lebenszeit- und Ein-Jahres-Prävalenzen aufgeführt. Dabei wurde sich auf die Auflistung der vollen DSM-IV-Störungen beschränkt. Bei Wittchen, Nelson & Lachner (1998) sind auch Syndrome, wie Panikattacke oder Hypomanie, sowie unschwellige Störungen aufgeführt. Somatisierungsstörung wurde in keinem Fall diagnostiziert; deshalb wurde diese Störung nicht gesondert notiert. Bei den Ess-Störungen wurden die atypischen Störungsformen nicht mit aufgeführt, da diese in der vorliegenden Arbeit nicht erfasst wurden und somit keinen Beitrag zu einer besseren Vergleichbarkeit leisten würden. Die Störungsgruppen und die einzelnen Störungen innerhalb jeder Gruppe sind in absteigender Häufigkeit hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz bei Mädchen bzw. Frauen aufgeführt.

Affektive und Angststörungen sind bei den befragten weiblichen Personen nahezu gleich häufig, wobei bei männlichen Personen affektive Störungen häufiger auftraten als Angststörungen. Substanzstörungen waren die dritthäufigste Störung bei Mädchen bzw. Frauen und die mit Abstand häufigste Diagnose bei Jungen bzw. Männern. Über ein Viertel der jungen Männer erfüllte irgendwann im Leben die Kriterien für eine solche Diagnose.

Tabelle 4.17: Prävalenzraten der erfassten Störungen bei 14- bis 24-Jährigen

Störung	Lebenszeitprävalenz in %			Ein-Jahres-Prävalenz in %		
	weiblich	männlich	gesamt	weiblich	männlich	gesamt
Affektive Störung	20,8	12,8	16,8	13,8	6,4	10,1
SDS einzeln	10,9	7,7	9,3	4,7	2,4	3,6
Dysthyme Störung	4,5	1,5	3,0	4,4	1,4	2,9
SDS wiederkehrend	3,6	1,4	2,5	2,5	0,9	1,7
Bipolare Störung I	1,7	1,1	1,4	1,6	0,9	1,3
Bipolare Störung II	0,7	0,2	0,4	0,7	0,1	0,4
Angststörung	20,3	8,3	14,4	13,8	4,7	9,3
Phobie NNB	7,0	3,3	5,2	4,1	1,2	2,7
Soziale Phobie	4,8	2,2	3,5	3,7	1,5	2,6
Agoraphobie	4,2	1,0	2,6	2,6	0,6	1,6
Spez. Phobie	3,3	1,2	2,3	2,6	1,0	1,8
Panikstörung	2,4	0,8	1,6	2,0	0,4	1,2
PTB	2,3	0,4	1,3	1,3	0,1	0,7
Zwangsstörung	0,9	0,5	0,7	0,8	0,4	0,6
GAS	0,8	0,8	0,8	0,6	0,5	0,5
Substanzstörung	8,8	26,7	17,7	5,7	17,8	11,4
Alkoholmissbrauch	4,5	15,1	9,7	2,7	8,4	5,5
Alkoholabhängigkeit	2,5	10,0	6,2	2,2	7,3	4,7
Drogenmissbrauch	1,8	4,1	2,9	0,7	2,7	1,7
Drogenabhängigkeit	1,6	2,5	2,0	0,8	1,8	1,3
Ess-Störung	4,9	1,1	3,0	2,3	0,7	1,5
Bulimia nervosa	1,7	0,0	0,9	0,7	0,0	0,3
Anorexia nervosa	1,0	0,1	0,6	0,3	0,0	0,1
Somat. Störung	2,3	0,2	1,2	1,3	0,1	0,7
Schmerzstörung	2,3	0,2	1,2	1,3	0,1	0,7
Hypochondrie	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
unterschwellige Störungen (u.S.)						
Angststörung inkl. u.S.	34,0	19,3	26,7	24,5	11,4	18,1
Spez. Phobie inkl. u.S.	19,5	12,5	16,0	14,1	7,2	10,7
Soziale Phobie inkl. u.S.	9,5	4,9	7,3	7,2	3,2	5,2
unterschw. Somat. Störung	14,9	7,1	11,0	9,1	3,9	6,6

NNB – Nicht Näher Bezeichnet

Ess-Störungen lagen bei weiblichen Personen etwa fünfmal so oft vor wie bei männlichen Personen und somatoforme Störungen sogar etwa zehnmal so oft. Bei Ess-Störungen gingen in die Prävalenzangabe auch atypische Ess-Störungen ein, die hier aber nicht gesondert aufgeführt wurden. Insgesamt waren junge Frauen hinsichtlich der Lebenszeitprä-

valenz für irgendeine Störung mit 39,4% aber nicht häufiger von einer psychischen Störung betroffen als junge Männer mit 38,3%; bei männlichen Personen bestanden vor allem Substanzstörungen, wohingegen junge Frauen deutlich häufiger unter einer der anderen erfassten Störungen litten. Hinsichtlich der Ein-Jahres-Prävalenz waren affektive und Angststörungen von Frauen gleich häufig berichtet wurden. Die untersuchten jungen Männer gaben affektive Störungen etwas häufiger als Angststörungen an. Nicht ganz ein Fünftel der befragten jungen Männer erfüllte aber auch noch in der Ein-Jahres-Prävalenz die Kriterien einer Substanzstörung.

Die Nicht Näher Bezeichnete Phobie (Phobie NNB) bildet die häufigste Angststörung, dabei handelt es sich um eine Störung, bei der nur eine agoraphobische Situation als problematisch erlebt wird und nicht mehrere Situationen, wie eigentlich für die Diagnose gefordert. Im Artikel von Wittchen, Reed & Kessler (1998) wird ausführlicher darauf eingegangen und mit unterschiedlichen Definitionen für Agoraphobie gearbeitet, wobei sich dann doch geringfügige Unterschiede hinsichtlich der Prävalenzangaben zwischen den beiden Veröffentlichungen finden. Bei Wunderlich, Bronisch & Wittchen (1998) werden bei der Angabe der Lebenszeitprävalenzen unter der Überschrift Agoraphobie sowohl diese unterschwellige Form als auch die volle Diagnose zusammengefasst und unter Somatoformer Störung ebenfalls auch unterschwellige Störungen einbezogen, was bei den dort sonst ausgewerteten Störungen nicht erfolgt. Im Beitrag von Wittchen, Stein & Kessler (1999) zu sozialen Ängsten und Sozialer Phobie stützt sich die Prävalenzangabe auch auf die unterschwelligen Fälle, wobei darauf nicht weiter eingegangen wird. In diesem Artikel wird somit eine Lebenszeitprävalenz 7,3% (Frauen: 9,5%, Männer: 4,9%) und eine Ein-Jahres-Prävalenz von 5,2% (Frauen: 7,2%, Männer 3,3%) für Soziale Phobien angegeben. Die Phobien NNB werden in diesem Artikel bei einer Auswertung zur Komorbidität zu den Spezifischen Phobien zugeordnet. Bei Wittchen, Kessler et al. (2000) werden die folgenden Lebenszeitprävalenzen der Ersterhebung für n=3021 aufgeführt: Major Depression 12,8%, irgendeine Angststörung: 28,1%, Spezifische Phobie: 19,2% (an anderer Stelle im selben Artikel 17,2%), Soziale Phobie: 7,3%, Agoraphobie: 3,2%, GAS: 3,4% und Panikstörung: 1,6%. Die einzige Angabe, die mit den Zahlen aus Tabelle 4.17 direkt übereinstimmt, ist die Prävalenzrate für Panikstörung. Bei Sozialer Phobie wurden die unterschwelligen Störungen in die Prävalenzangabe einbezogen. Möglicherweise lassen sich die übrigen Differenzen ähnlich erklären; allerdings sind diesbezüglich keine klaren Beschreibungen zu finden. An welcher Stelle in diesem Artikel die Phobie NNB zugeordnet wurde, bleibt offen.

Komorbidität:

Wittchen, Lachner & Nelson (1998) berichten, dass 35% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit irgendeiner psychischen Störung im Laufe ihres bisherigen Lebens irgendwann auch an mindestens einer zweiten psychischen Störung litten. Bezogen auf die Ein-Jahres-Prävalenz lag bei einem Drittel der von einer Störung Betroffenen mindestens eine weitere Störung komorbid vor. In diesem insgesamt sehr genauen Artikel sind leider keine weiteren störungsspezifischen Komorbiditätsangaben zu finden.

Bei Wittchen, Kessler et al. (2000) sind Angaben zu störungsspezifischen Komorbiditätsmustern zu finden; jedoch unterscheiden sich hier teilweise die angegebenen Lebenszeitprävalenzen von denen im Artikel von Wittchen, Lachner & Nelson (1998). Knapp ein Viertel der von einer Angststörung Betroffenen litt bis zur Ersterhebung irgendwann auch an einer SDS. Betroffene mit einer TAS, GAS oder Panikstörung gaben etwa in einem Drittel der Fälle auch eine SDS an. Diejenigen, die eine Spezifische Phobie berichteten, waren am wenigsten von einer komorbiden SDS betroffen (22%). Zur dritten Erhebung hin wuchs die Komorbidität zwischen Angststörungen und Schweren depressiven Störungen erheblich an. Für junge Erwachsene lag die Lebenszeitkomorbidität bei Vorliegen einer Angststörung für SDS bei etwa 45%. Die höchsten Komorbiditätsraten fanden sich weiterhin für GAS, Panikstörung und TAS; hier litten knapp zwei Drittel der von der jeweiligen Angststörung Betroffenen unter einer SDS. Wittchen, Stein & Kessler (1999) betrachteten Soziale Phobien genauer und fanden dabei insbesondere hohe Komorbiditäten mit Spezifischen Phobien, PTB und Dysthymie.

Verlauf:

Sehr ausführlich wurde in der EDSP-Studie auf das Erstauftretensalter eingegangen. Außerdem finden sich durch die verschiedenen Erhebungszeitpunkte auch Angaben zum Verlauf. Wie oben schon erwähnt, wurde eine deutlich zunehmende Komorbidität von der Ersterhebung zur dritten Erhebung gefunden. Die Häufigkeitsvergleiche nach Altersgruppen zur Ersterhebung sind in Tabelle 4.18 (S.89) dargestellt (nach Wittchen, Nelson & Lachner, 1998).

Bei Angststörungen und somatoformen Störungen ändern sich die Häufigkeitsraten mit zunehmendem Alter kaum. Bei affektiven, Alkohol- und Ess-Störungen ist mit dem Alter eine zunehmende Häufigkeit zu verzeichnen, wobei die Häufigkeitszunahme bei alkoholbedingten Störungen größer als bei Ess-Störungen und bei diesen größer als bei affektiven Störungen ist. Drogenbedingte Störungen sind bei 18- bis 20-Jährigen häufiger als bei 21- bis 24-Jährigen und bei diesen wiederum häufiger als bei 14- bis 17-Jährigen, was sicherlich auf Verfügbarkeit sowie Probierverhalten zurückzuführen ist.

Tabelle 4.18: Odds Ratios und 95%-Konfidenzintervalle der Prävalenzraten bezogen auf drei Altersgruppen

Altersgruppe	Angststörung	Affektive Störung	Somatoforme Störung	Alkohol-Störung	Drogen-Störung	Ess-Störung
14-17	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
18-20	1,42 (1,07-1,89)	1,64 (1,24-2,18)	1,53 (1,13-2,08)	2,68 (1,96-3,66)	2,26 (1,36-3,75)	2,05 (1,03-4,06)
21-24	1,30 (1,01-1,67)	1,98 (1,55-2,53)	1,38 (1,05-1,80)	3,24 (2,45-4,28)	1,99 (1,25-3,17)	2,80 (1,54-5,10)

Für depressive Störungen (SDS und Dysthymie) findet sich nur selten ein Beginn vor dem Alter von 12 Jahren (Oldehinkel, Wittchen & Schuster, 1999). Ab einem Alter von 13 Jahren nimmt die Häufigkeit Schwerer depressiver Störungen erheblich zu und wächst dann konstant weiter. Dabei entwickelt sich auch eine erhebliche Geschlechtsdifferenz zwischen weiblichen und männlichen Personen, wobei junge Frauen deutlich häufiger als junge Männer von depressiven Störungen betroffen sind. Die Annahme, dass depressive Zustände während der Adoleszenz eher mild und vorübergehend sind, konnte in dieser Untersuchung so nicht bestätigt werden: eine vollständige Remission trat nur bei 54% der Befragten mit einer unterschwellig depressiven Störung ein, bei nur 43% derer mit einer Schweren depressiven Störung und bei lediglich 33% derer mit einer dysthymen Störung zum Zeitpunkt der Ersterhebung. Die ungünstigste Prognose bestand dabei für diejenigen, die unter einer dysthymen Störung litten: 29% von ihnen entwickelten eine Schwere depressive Störung und 24% erfüllten weiterhin die Kriterien einer Dysthymie. Wittchen, Stein & Kessler (1999) beschreiben den Verlaufsaspekt Sozialer Phobien genauer. Der Median des Erstauftretensalters generalisierter Sozialer Phobien lag für die befragten Frauen bei 12,5 und für die befragten Männer bei 11,5 Jahren. Hinsichtlich des Auftretens komorbider Störungen gingen nur Spezifische Phobien Sozialen Phobien voraus. Bei 85% der komorbiden Fälle mit Substanzstörungen, bei 82% derer mit depressiven Störungen und bei 64% derer mit Angststörungen bestanden Soziale Phobien jeweils mindestens ein Jahr vor der komorbiden Störung. Das durchschnittliche Erstauftretensalter für Agoraphobie wurde für das 13. Lebensjahr berichtet (12,9 Jahre), Panikattacken vor einem Alter von 15 Jahren wurden selten angegeben (Wittchen, Reed & Kessler, 1998).

Insgesamt wurde der Beginn von Angststörungen für Kindheit und frühe Adoleszenz berichtet, wohingegen depressive Störungen erst in der späten Adoleszenz deutlich häufiger vorliegen und auch bei über 20-Jährigen erstmals auftreten können, was für Angststörungen eher selten der Fall ist (Wittchen, Kessler et al., 2000). Wittchen, Lieb et al. (2000) fanden, dass Angststörungen in ihrem prospektiven Verlauf weniger stabil waren als depressive Störungen (20% vs. 31%). Bei Vorliegen einer Angststörung zum ersten Untersuchungszeitpunkt besteht ein höheres Risiko für das Auftreten einer depressiven Störung im weiteren Verlauf (Wittchen, Lieb et al., 2000).

Zusammenfassung und Kritik

Auch in dieser Studie zeigte sich, wie häufig psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung vorliegen. Sowohl bei jungen Männern als auch bei jungen Frauen waren knapp 40% der Befragten irgendwann in ihrem Leben von einer psychischen Störung betroffen. Allerdings lagen bei jeweils etwa einem Fünftel der jungen Frauen Angst- oder affektive Störungen vor, wohingegen bei über einem Viertel der jungen Männer eine Substanzstörung diagnostiziert wurde. Bei etwa einem Drittel der Betroffenen bestand mindestens eine zweite Störung, wobei die Komorbidität mit zunehmendem Alter ebenfalls zunimmt. Angststörungen wiesen einen früheren Beginn als depressive Störungen auf. Die Komorbidität zwischen Angst- und depressiven Störungen war hoch, wobei Angststörungen depressiven Störungen meist vorausgehen. Die Stabilität von Angststörungen ist bei der prospektiven Erfassung niedriger als von depressiven Störungen. Außer bei Angst- und somatoformen Störungen nahm die Häufigkeit aller erfassten Störungsgruppen mit dem Alter zu.

In dieser Studie wurden wie in der Bremer Jugendstudie mit aktuellen Diagnosekriterien und –instrumenten viele psychische Störungen erfasst. Somit ist eine gute Vergleichbarkeit mit der vorliegenden Studie gegeben. Allerdings wurden aber weder expansive noch Ausscheidungsstörungen erfasst. Ein Problem ist auch das häufige Wechseln zwischen verschiedenen Störungsdefinitionen: einmal werden Kriterien enger, einmal weiter gefasst, und nicht immer sind diese Schritte klar nachvollziehbar. Aus diesem Grund finden sich bei unterschiedlichen Veröffentlichungen auch unterschiedliche Prävalenzangaben, was sich dann natürlich auch auf die Interpretierbarkeit von Komorbiditätsraten und Inzidenzraten auswirkt. Die Phobie NNB ist auch hier die häufigste diagnostizierte Angststörung. Sie wird zwar genauer beschrieben als in der Bremer Jugendstudie, die Fälle werden dann aber doch unterschiedlich zugeordnet. Ein gewisses Problem besteht auch in der ausschließlichen Auswertung gewichteter Daten, da hierbei angegebene Fallzahlen auch schon statistisch bearbeitet sind und nicht mehr einer tatsächlich beobachteten Anzahl entsprechen.

4.5 Zusammenfassung und Kritik

Prävalenzraten:

In Tabelle 4.19 wurden noch einmal die Prävalenzangaben aus den beschriebenen Studien für die in der vorliegenden Arbeit genauer betrachteten Störungen für Mädchen zusammengestellt, wobei diese Zusammenstellung nur einen groben Überblick geben kann, da der jeweilige Altersbereich und das Zeitfenster, auf das sich die Prävalenzangabe bezieht, vernachlässigt werden.

Es zeigen sich bei den Prävalenzangaben erhebliche Schwankungen. Interessanterweise korrelieren allerdings die höheren Werte nicht mit längeren erfassten Zeitperioden. Besonders groß sind die Schwankungen bei einzelnen Angststörungen, wobei hier die Vermutung naheliegt, dass die Beachtung des Beeinträchtigungskriteriums eine wesentliche Rolle spielt.

Bei den expansiven Störungen besteht wahrscheinlich ein wesentlicher Einflussfaktor für die Prävalenzrate darin, von wem die Informationen für eine Diagnosestellung gegeben wurden. Sehr deutlich sind auch die wesentlich höheren Lebenszeitprävalenzen für Angst-, Substanz-, Ess- und depressive Störungen, sobald das Alter der Befragten über 12 Jahren liegt, wie an den Häufigkeitsraten aus den beiden deutschen Studien zu sehen ist.

Tabelle 4.19: Prävalenzraten psychischer Störungen bei Mädchen

Störung	Prävalenz in %	Störung	Prävalenz in %
irgendeine Störung	7,6-16,0 (bis 32,8) 39,4	Expansive Störungen	3,5 (bis 11,5)
Angststörung	4,0-7,0 (bis 20,5) 20,3-21,8	ADHS	0,4-8,8 0,2
TAS	0,7-13,1	SOT	1,8-10,4 (2,7)
Spezifische Phobie	0,42-17,8 3,3-4,2	SSV	0,3-3,8 (bis 3,9) (5,0)
Soziale Phobie	0,3-10,1 2,1-4,8	Enuresis	2,5 (bis 3,7)
Substanzstörung	0,1 (bis 0,3) 8,8-9,1	depressive Störung	0,5-2,3 (bis 7,2) 20,8-21,5
Ess-Störung	0,1 4,9		

Anmerkung: *Kursive Angaben in Klammern* gelten für Mädchen und Jungen insgesamt. Die Angaben in **fett** beziehen sich auf die beiden deutschsprachigen Studien und sind jeweils Lebenszeitprävalenzen ab einem Alter von 12 bzw. 14 Jahren, sofern Angaben vorhanden waren.

Komorbidität:

In den verschiedenen Studien fanden sich jeweils relativ hohe Komorbiditätsraten. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen, die an mehr als einer psychischen Störung leiden, liegt zwischen 25 und 40%. Dabei findet sich über mehrere Studien hinweg, dass Jungen höhere Komorbiditätsraten aufweisen als Mädchen, ein Ergebnis, das bei Erwachsenen umgekehrt ausfällt. Bei den Jugendlichen und den jungen Erwachsenen, die in den beiden deutschen Studien befragt wurden, fanden sich ähnliche Komorbiditätsraten. Zwischen den einzelnen Störungsgruppen bestehen unterschiedliche Komorbiditätsmuster; allerdings gibt es keine geschlechtsspezifischen Angaben zu Komorbiditätsraten, nur teilweise Angaben zu Vergleichen zwischen den Raten für Mädchen und Jungen. Aus diesem Grund soll hier auf eine ausführlichere Darstellung verzichtet werden. Die Vergleichbarkeit ist deutlich eingeschränkt.

Verlauf:

Hinsichtlich des Verlaufs psychischer Störungen finden sich für das Kindes- und Jugendalter erhebliche Fluktuationen. Für Mädchen wurde eine signifikante Stabilität internalisierender Störungen beobachtet. Für das Jugendalter konnte nur für depressive Störungen und nicht für Angststörungen ein stabiler Verlauf gefunden werden, wobei diese Auswertung nicht geschlechtsspezifisch erfolgte. Bei Jungen bestehen Zusammenhänge zwischen früheren internalisierenden sowie expansiven Störungen mit späteren expansiven Störungen. Insgesamt geht das Vorliegen einer früheren Störung mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für spätere Störungen einher, was sich auch in mit dem Alter zunehmenden Komorbiditätsraten zeigt. Auf Störungs-ebene gibt es deutliche Unterschiede hinsichtlich der Stabilität und Lebenszeitkomorbiditäten. Trotz der uneinheitlichen Ergebnisse hinsichtlich des Verlaufs, lässt sich doch sagen, dass internalisierende Störungen mit hoher Wahrscheinlichkeit von einem früheren zu einem späteren Zeitpunkt hin fortbestehen. Bei früheren expansiven Störungen finden sich sowohl Zusammenhänge mit späteren expansiven als auch mit späteren internalisierenden Störungen.

Kritik und Lücken:

Insgesamt ist kritisch anzumerken, dass immer wieder unterschiedliche Zeitfenster bei den Prävalenzangaben verwendet werden, was natürlich auch den unterschiedlichen eingesetzten Instrumenten geschuldet ist. Allerdings scheint sich für epidemiologische Studien im Kindesalter das DISC immer mehr durchzusetzen, was natürlich eine zunehmende Vergleichbarkeit verschiedener Studien gewährleisten würde. Erschwert wird die Übertragbarkeit der Prävalenzangaben auch durch unterschiedliche Informanten (Kind, Eltern, Lehrer), wobei eben nach wie vor keine einheitliche Regelung hinsichtlich des Umgangs mit widersprüchlichen Angaben verschiedener Informanten besteht. Meist wird inzwischen eine Regel im Sinne des „einschließenden Oder“ verwendet; d.h. eine Diagnose wird als erfüllt angesehen, wenn sie aufgrund der Angaben eines der Informanten gegeben ist, auch wenn sie durch einen anderen Informanten nicht bestätigt wird. Dieses Vorgehen kann zu einer erheblichen Überschätzung der Prävalenzen führen. Eine weitere Problematik für das Vergleichen der verschiedenen Ergebnisse besteht auch in den unterschiedlichen untersuchten Altersgruppen. Dieser Aspekt spielt gerade bei Kindern und Jugendlichen eine Rolle: verschiedene Studien fanden, dass Mädchen im Zuge der Pubertät deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als Jungen. Bis zur Pubertät sind dagegen Jungen häufiger von psychischen Störungen betroffen als Mädchen. Allerdings kann dieses Ergebnis auch ein Artefakt sein, da bei Jugendlichen und Erwachsenen in epidemiologischen Studien nicht selten vor allem Angst- und affektive Störungen erfasst werden und diese bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern sind. Störungen, die bei Männern häufiger bestehen als bei Frauen, wie antisoziale Störungen, sexuelle Devianzen oder auch Substanzstörungen, werden dabei deutlich seltener betrachtet. Trotz des Einsatzes moderner Diagnoseinstrumente wurde wiederholt das Beeinträchtigungskriterium vernachlässigt. Auch beschriebene Ausschlusskriterien wurden teil-

weise nicht beachtet. Kaum eine epidemiologische Studie erfasst Ausscheidungsstörungen, womit natürlich über deren Lebenszeitkomorbidität mit späteren Störungen nur wenig bekannt ist. All diese genannten Schwierigkeiten wirken sich natürlich auch auf Betrachtungen zur Komorbidität und zum Verlauf psychischer Störungen aus und können hier sogar noch eine gewisse Potenzierung erfahren.

Auf der Basis der bisherigen Ergebnisse können einige Vermutungen angestellt werden, welche Lebenszeitkomorbiditäten zu erwarten sind. Allerdings gibt es bisher nur sehr wenige spezifische Ergebnisse für Mädchen innerhalb epidemiologischer Studien. Ein relativ durchgängiges Ergebnis ist dabei die Stabilität internalisierender Störungen bei Mädchen. Hinsichtlich expansiver Störungen und Enuresis (sowie Enkopresis) sind die Ergebnisse uneinheitlich und vor allem für Jungen untersucht wurden. Die vorliegende Arbeit basiert zwar auf retrospektiven Daten, erlaubt aber doch die lebensgeschichtliche Einordnung psychischer Störungen. Aufgrund dieser retrospektiven Erfassung der Störungen im Kindesalter ist mit einer gewissen Unterschätzung der Prävalenzraten zu rechnen. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass eventuell beobachtete Zusammenhänge, die statistische Signifikanz erreichen, auch als relevante Zusammenhänge anzusehen sind.

Kapitel 5 Fragestellungen

Psychopathologie wurde immer wieder als einer der stärksten Prädiktoren für Psychopathologie identifiziert. Diese „Erkenntnis“ ist nicht neu und daher auf den ersten Blick vielleicht nicht sehr „spannend“. Sehr viel interessanter – sowohl für die Entwicklung von Ätiologiemodellen als auch zur Umsetzung in Behandlungsprogrammen – ist das Wissen um spezifische Zusammenhänge zwischen bestimmten Störungen in einem Lebensabschnitt mit Störungen in einem anderen Lebensabschnitt. In der vorliegenden Arbeit soll genau dieser Frage nachgegangen werden; es sollen mögliche Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen im Kindesalter und Erwachsenenalter aufgedeckt werden.

Hierzu ist es zuerst einmal wichtig zu betrachten, wie häufig die einzelnen erfassten Störungen diagnostiziert wurden. Dabei sollen gerade auch die Prävalenzraten hinsichtlich bestimmter Altersabschnitte erfasst werden – also hier hinsichtlich Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter sowie innerhalb der zwölf Monate vor der Erhebung. Das Alter bei Beginn einer Störung spielt in der vorliegenden Arbeit auch eine entscheidende Rolle, denn davon hängt ab, ob eine Störung als früh beginnend identifiziert wird oder nicht. Es ist also wichtig, das berichtete Erstauftretensalter auszuwerten. Da die Prävalenzraten in verschiedenen Altersstufen erheblich schwanken können, sollen auch die altersbezogenen Häufigkeitsverläufe betrachtet werden. In den beschriebenen Studien fand sich eine hohe Komorbidität zwischen den verschiedenen Störungen im Kindesalter, aber insgesamt erscheinen nur wenige bisherige Beobachtungen durch mehrere Studien gesichert. Außerdem ist die Interpretierbarkeit einiger dieser Ergebnisse auch stark durch die geringe Anzahl betrachteter Störungen eingeschränkt. Für die vorliegende Arbeit soll also auch die Komorbidität der für das Kindesalter berichteten Störungen ausgewertet werden. Die bei den berichteten Störungen genannten Symptome sollen ebenfalls genauer betrachtet werden. Bei einigen Angststörungen könnte hierbei auch ein Vergleich mit eben diesen Störungen im Erwachsenenalter interessant sein. In Kapitel 2 wurde bereits auf die mögliche langfristige nachteilige Wirkung früherer Störungen nicht nur hinsichtlich späterer Störungen eingegangen. In Kapitel 3 fanden sich gerade bei expansiven Störungen Hinweise auf Zusammenhänge mit niedrigeren Schul- und Ausbildungsabschlüssen. In der vorliegenden Arbeit werden also nicht nur die Zusammenhänge früherer Störungen mit späteren Störungen betrachtet, sondern es soll auch der Frage nachgegangen werden, inwieweit es Zusammenhänge mit ausgewählten soziodemographischen Merkmalen im jungen Erwachsenenalter gibt. Natürlich wird dann untersucht, welche Zusammenhänge Störungen, die in größerer Zahl bis zum Alter von 12 Jahren auftreten, mit Störungen aufweisen, die ab einem Alter von 18 Jahren bestehen. Es sollen mögliche Zusammenhänge von Komorbidität im Kindesalter mit dem Bestehen von Störungen im jungen Erwachsenenalter betrachtet werden. Im Folgenden wird auf diese hier überblicksartig genannten Fragerichtungen noch einmal ausführlicher eingegangen:

In der vorliegenden Arbeit werden retrospektive Angaben für die Ermittlung der Prävalenzraten der erfassten Störungen im Kindesalter herangezogen. Wie in Kapitel 4 herausgearbeitet, weisen die Prävalenzangaben unterschiedlicher Studien sehr starke Schwankungen

auf. Aufgrund der retrospektiven Erfassung könnte sich in der vorliegenden Arbeit eine etwas niedrigere Häufigkeitsrate ergeben. Studien zur retrospektiven Erfassung psychischer wie auch körperlicher Störungen bzw. Erkrankungen ergaben, dass Befragte dazu neigen, frühere Beschwerden zu vergessen, aber es kaum vorkommt, dass früher nicht tatsächlich vorhandene Beschwerden „erfunden“ werden (Simon & von Korff, 1995). Gerade bei den expansiven Störungen könnte ein weiterer Faktor zu einer niedrigeren Prävalenzrate führen, nämlich, dass wir nur die Betroffenen selbst befragt haben. Bei diesen Störungen scheinen nicht selten die Betroffenen selbst eher wenig Beeinträchtigung bzw. Belastung zu erleben, wohingegen Eltern oder Lehrer bei diesen Störungen höhere Raten berichten. Welche Prävalenzangaben nun für junge Frauen in Blick auf ihre Kindheit ermittelt werden können, bleibt abzuwarten. Es leitet sich also als Basis für sämtliche Analysen die folgende Frage ab:

(1) Wie häufig werden die erfassten Störungen für die unterschiedenen Altersbereiche von den untersuchten jungen Frauen berichtet? (Diskussion S.129)

Nicht nur die reine Häufigkeit des Vorliegens bestimmter Probleme ist interessant, sondern hier auch gerade der zeitliche Aspekt ihres Auftretens und gegebenenfalls ihrer Remission. Bei weiter zurückliegenden Ereignissen werden Zeitangaben immer ungenauer (Angold, Erkanli, Costello & Rutter, 1996). Daher soll in der vorliegenden Arbeit auch nur mit Jahresangaben gearbeitet werden. Trotz allem ist nicht auszuschließen, dass einige der Befragten keinen konkreten Beginn für ihre Beschwerden benennen können. Mit diesem Problem soll so umgegangen werden, dass einmal alle Angaben der Betroffenen zusammengekommen werden und eben auch diejenigen mit eingehen, die berichten, eine Symptomatik „schon immer“ zu haben. Bei einer zweiten Analyse sollen dann nur diejenigen Betroffenen betrachtet werden, die einen konkreten Beginn benennen können. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die erste Betrachtungsweise eine gewisse Unterschätzung des mittleren Erstauftretensalters nach sich zieht, die zweite jedoch eine Überschätzung. Insgesamt sollten die so ermittelten Jahresangaben für das erste Auftreten einer Problematik den Angaben in Kapitel 3 ähnlich sein und keine großen Abweichungen aufweisen. Wie ebenfalls in Kapitel 3 beschrieben, weisen die einzelnen erfassten Störungen doch sehr unterschiedliche altersbezogene Verläufe auf. Es ist damit zu rechnen, dass die erfassten expansiven Störungen und die Ausscheidungsstörungen ihre höchste Auftretensrate im Kindes- und Jugendalter haben und dann zum Erwachsenenalter hin seltener diagnostiziert werden. Bei Angststörungen ist zu erwarten, dass die TAS ebenfalls im Kindes- und Jugendalter häufiger besteht als im Erwachsenenalter. Für die übrigen Angststörungen ist vom Kindes- zum Erwachsenenalter hin mit einer Zunahme der Auftretensrate zu rechnen. Dabei ist zu erwarten, dass Spezifische und Soziale Phobien (vgl. Kapitel 3) recht früh beginnen, dann ins Erwachsenenalter hinein bestehen bleiben und noch einige Fälle dazukommen. Bei GAS, Zwangsstörung, Agoraphobie und Panikstörung wird ein späterer Beginn erwartet. Für PTB sind einige Fälle mit Beginn im Kindesalter wahrscheinlich, dann ein Zuwachs im Jugendalter und schließlich ein weiterer Anstieg im Erwachsenenalter. Bei den affektiven Störungen wird ein starker Zuwachs im Jugendalter erwartet; es werden aber kaum Fälle bei der retrospektiven Erfassung im Kindes-

alter vermutet. Für somatoforme Störungen kann angenommen werden, dass einige der betroffenen jungen Frauen Probleme schon für das Kindesalter berichten. Es wird aber vermutet, dass die Mehrzahl Betroffener das Erstauftretensalter für das Jugend- oder junge Erwachsenenalter angibt. Bei Ess-Störungen wird für das Jugendalter ein starker Anstieg angenommen und möglicherweise im jungen Erwachsenenalter dann bereits wieder ein gewisser Rückgang. Substanzstörungen werden erst ab dem Jugendalter vermutet. Es soll also auch folgender Frage nachgegangen werden:

(2) Welches Erstauftretensalter wird berichtet, und wie verändern sich die Häufigkeiten je nach Alter? (Diskussion S.145)

Wie in Kapitel 3 und 4 aufgeführt, ist anzunehmen, dass eine hohe Komorbidität psychischer Störungen im Kindesalter besteht. Insbesondere wird vermutet, dass Angststörungen untereinander und mit affektiven Störungen komorbid sind sowie expansive Störungen untereinander. Allerdings ist auch zu erwarten, dass Angststörungen und expansive Störungen komorbid auftreten, wobei innerhalb der Störungsgruppen höhere Überschneidungsraten vermutet werden. Enuresis wirkt sich zwar nachteilig auf das Selbstbewusstsein eines betroffenen Kindes aus, und es bestehen bei Betroffenen höhere Raten psychischer Störungen als bei nicht Betroffenen; aber es wurde bisher kein typisches Komorbiditätsmuster beobachtet. Daher wird auch hier angenommen, dass junge Frauen, die für das Kindesalter eine Enuresis erinnerten mit höherer Wahrscheinlichkeit auch andere psychische Störungen im Kindesalter berichten als junge Frauen, die sich nicht an das Bestehen einer Enuresis erinnern. Es ergibt sich also eine dritte Frage:

(3) Welche Komorbidität weisen die Störungen im Kindesalter auf? (Diskussion S.152)

Bei der Mehrzahl der betrachteten Störungen wird das Vorliegen einer bestimmten Anzahl von Symptomen aus einer Liste möglicher Symptome als Kriterium gefordert. Das heißt also, dass Betroffene mit ein und derselben Störung unterschiedliche Symptome berichten können. Von Spezifischen Phobien im Kindesalter Betroffene berichten nicht selten Ängste vor Dunkelheit, Feuer, Kostümen und lauten Geräuschen, was von erwachsenen Betroffenen kaum noch angegeben wird. In beiden Altersgruppen werden Tierphobien als häufigste Spezifische Phobie berichtet. Strauss und Last (1993) fanden, dass bei 29% der von ihnen untersuchten Kinder der angstausslösende Stimulus Dunkelheit war, bei 24% Schule, bei 16% Hunde, bei je 8% andere Tiere, Höhen und Insekten. Hinsichtlich Sozialer Phobien geben Betroffene im Kindes- und Erwachsenenalter als häufigste angstausslösende Situation das Sprechen vor einer Gruppe bzw. das Halten eines Vortrages an. Francis (1990) fand als angstausslösende Situationen bei sozialphobischen Kindern das Sprechen vor der Klasse, das Essen in der Schule und das Umziehen für den Sportunterricht. Beidel (1998) beobachtete, dass Essen und Schreiben vor anderen für betroffene Kinder häufiger angstbesetzt ist als für betroffene Erwachsene, die ihrerseits häufiger Schwierigkeiten beim Besuch von Treffen oder

Parties angeben als Kinder. Jedoch ist sowohl für betroffene Kinder als auch für betroffene Erwachsene das Sprechen vor einer größeren Gruppe die schwierigste Situation. Strauss und Last (1993) berichteten als angstausslösende Situationen bei sozialphobischen Kindern Folgendes: bei 64% Schule, bei 57% öffentliches Sprechen, bei 25% Rotwerden, bei 21% Menschenmengen, bei 18% Essen und/ oder Trinken vor anderen, bei 14% Umziehen im Beisein anderer und bei 7% die Nutzung öffentlicher Toiletten. Hinsichtlich ADHS scheint bei Mädchen vorwiegend der sogenannte Unaufmerksame Typus vorzuliegen (Miller & Castellanos, 1998). Bei der SSV werden von Mädchen weniger aggressive Symptome angegeben (Miller & Castellanos, 1998). Insgesamt sind psychische Störungen hinsichtlich ihrer spezifischen Symptommuster bisher sehr wenig betrachtet worden. Die vierte Frage trägt also in erster Linie explorativen Charakter:

(4) Welche Symptome werden berichtet? (Diskussion S.162)

In der Literatur (vgl. Kapitel 3) wird auch immer wieder von Zusammenhängen früherer psychischer Störungen mit späteren soziodemographischen Merkmalen berichtet; dazu zählen nicht nur der sozioökonomische Status, sondern insbesondere erreichte Schul- und Ausbildungsabschlüsse, das Bestehen von Beschäftigungsverhältnissen sowie das Vorhandensein einer Partnerschaft oder eigener Kinder. Es erscheint interessant, diese Variablen hinsichtlich ihres Zusammenhanges mit früheren psychischen Störungen zu betrachten. Pajer (1998) fand, dass expansive Störungen mit niedrigeren Schul- und Ausbildungsabschlüssen sowie einem früheren Heiraten und Kinderkriegen zusammenhängen. Im DSM-IV wird direkt das unvorsichtiger Sexualverhalten im Zusammenhang mit dem Bestehen einer SSV beschrieben, was natürlich auch eine frühere Mutterschaft als bei anderen jungen Frauen nach sich ziehen kann. Für Angststörungen ist bezüglich der Schul- und Ausbildungsabschlüsse eine ähnliche Tendenz zu vermuten, da hier aufgrund des Vermeidungsverhaltens extreme Einschränkungen bestehen können (Silverman & Nelles, 1990, Francis, 1990). Bei Ausscheidungsstörungen finden sich in der Literatur keine diesbezüglichen Angaben. Hinsichtlich Partnerschaft oder eigenen Kindern fanden sich in der Literatur bezüglich Angst- und Ausscheidungsstörungen keine Angaben. Das Bestehen einer Angststörung könnte dazu führen, dass schneller eine Partnerschaft eingegangen wird, um sich Unterstützung zu holen. Es könnte aber auch sein, dass der Aufbau einer Partnerschaft aus Angst heraus vermieden wird. Ähnlich verhält es sich hinsichtlich eigener Kinder. Bezüglich der Zusammenhänge psychischer Störungen im Kindesalter mit soziodemographischen Merkmalen im jungen Erwachsenenalter besteht also noch einiger Forschungsbedarf. Die Beantwortung der fünften Frage kann dazu vielleicht einen Beitrag leisten:

(5) Welche Zusammenhänge sind zwischen ausgewählten Störungen im Kindesalter und einigen soziodemographischen Merkmalen im jungen Erwachsenenalter zu finden? (Diskussion S.169)

Wie eingangs schon erwähnt, ist das Bestehen psychischer Störungen im Kindesalter vermutlich mit einer höheren Wahrscheinlichkeit verbunden, auch im Erwachsenenalter von einer psychischen Störung betroffen zu sein. Wie sieht dies aber hinsichtlich einzelner Störungen aus? Frühere Studien fanden folgende Zusammenhänge:

- Spezifische und Soziale Phobien remittieren teilweise, bestehen aber auch oft vom Kindesalter ins Erwachsenenalter hinein fort. Darüber hinaus gehen sie auch mit weiteren Angststörungen sowie späteren depressiven Störungen einher (Wenar, 1994, Lewinsohn et al., 1997, Wittchen et al., 1999, Wittchen, Lieb et al., 2000).
- Für die TAS wird beschrieben, dass sie selbst kaum ins Erwachsenenalter hinein fortbesteht (Dashiff, 1995), dass sie aber Agoraphobie mit und ohne Panikstörung sowie depressive Störungen nach sich zieht (Keller et al. 1992, Last et al., 1992, Yeragani et al., 1989, Battaglia et al., 1995, Deltito et al., 1986, de Ruiter & van Ijzendorp, 1992, Lipsitz et al., 1994). Vom Erscheinungsbild her ähnelt die Symptomatik einer TAS agoraphobischem Vermeidungsverhalten. Bei depressiven Störungen spielen oft Verluste eine Rolle in der Entstehung der Symptomatik und bei einer Störung mit Trennungsangst wird der Verlust wichtiger Bezugspersonen bzw. die Trennung von ihnen befürchtet, so dass diesen Störungen möglicherweise ähnliche Mechanismen zugrunde liegen.
- Für die übrigen Angststörungen wird ein späterer Beginn berichtet, so dass eine gesonderte Betrachtung nicht erfolgen kann (DSM-IV). Zum Verlauf von Angststörungen finden sich Hinweise auf Stabilität, aber gerade im Kindes- und Jugendalter auch Fluktuationen und Zusammenhänge mit depressiven Störungen (Wenar, 1994, Dunedin-Studie, Wittchen et al., 1999, Wittchen, Lieb et al., 1999).
- Für ADHS finden sich Hinweise auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für spätere bipolare Störungen (Biederman et al. 1996, Butler et al., 1995).
- Für SOT und SSV wurden höhere Wahrscheinlichkeiten depressiver Störungen und substanzbezogener Störungen beobachtet (Lewinsohn et al., 1993, Cohen et al., 1993, Biederman et al., 1996).
- Das Bestehen einer Enuresis im Kindesalter scheint ein unspezifischer Faktor für eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine spätere psychische Störung zu sein, aber leider gibt es diesbezüglich nur wenige Studien (Mikkelsen et al., 1990).

Die eben beschriebenen beobachteten Zusammenhänge werden in Abbildung 5.1 (S.100) graphisch verdeutlicht, wobei die großen äußeren Rechtecke das Bestehen irgendeiner psychischen Störung symbolisieren. Zusammengefasst ergibt sich also die Frage:

(6) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Störungen, die für das Kindesalter berichtet werden, und Störungen im jungen Erwachsenenalter? (Diskussion S.193)

Allerdings erscheinen nicht nur bivariate Zusammenhänge zwischen einzelnen Störungen im Kindes- und Erwachsenenalter interessant sondern auch die Frage, ob mögliche Beziehungen zwischen dem Vorliegen mehrerer Störungen im Kindesalter und dem Bestehen von Störungen im Erwachsenenalter festzustellen sind. Es liegt die Vermutung nahe, dass eine schwerere Gestörtheit zu einem frühen Zeitpunkt im Leben einer Betroffenen auch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit verbunden ist, längerfristig stärkere Beeinträchtigungen aufzuweisen als bei keiner oder nur einer frühen Störung. Es soll also auch der folgenden Frage nachgegangen werden:

(7) Welchen Einfluss hat das Bestehen mehrerer Störungen im Kindesalter auf spätere psychische Störungen? (Diskussion S.193)

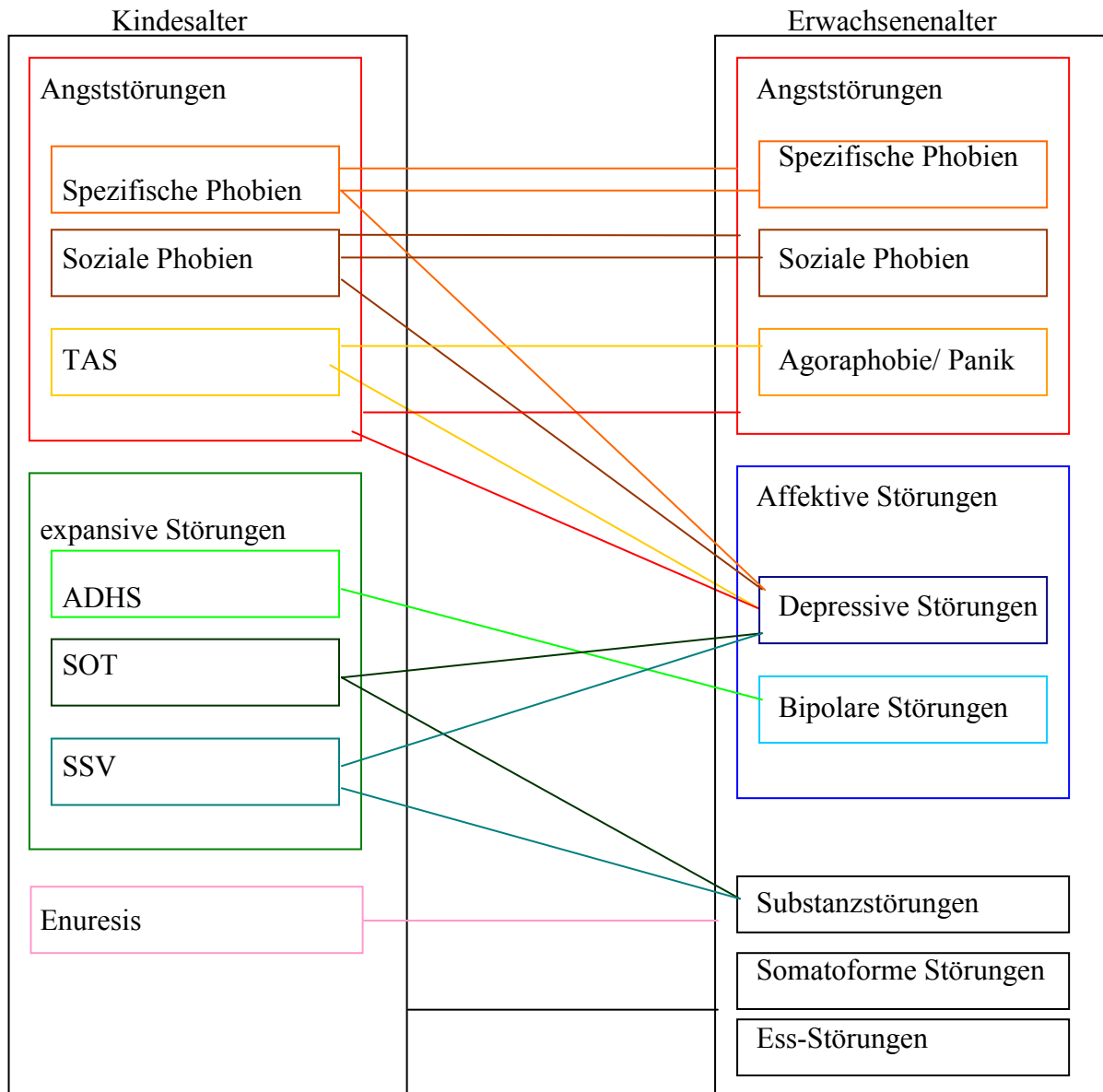


Abbildung 5.1: Angenommene Zusammenhänge zwischen Störungen im Kindes- und Erwachsenenalter (vgl. Abbildung 7.18, S.194)

Kapitel 6 Methoden

6.1 Studie

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf Daten, die im Rahmen der Dresdner Studie zur psychischen Gesundheit junger Frauen erhoben wurden. Diese Studie wurde innerhalb des Public Health Verbundes Sachsen durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Es handelte sich dabei um eine prospektive epidemiologische Längsschnittstudie, bei der sowohl Prävalenz- und Inzidenzraten sowie Verlauf psychischer Störungen als auch Risiko- und protektive Faktoren in Bezug auf das psychische Befinden betrachtet wurden. Eine repräsentative Stichprobe junger Frauen wurde zu den vorgesehenen zwei Messzeitpunkten untersucht. Die erste Erhebungswelle erstreckte sich von Juli 1996 bis September 1997. Mit den Teilnehmerinnen wurde ein strukturiertes diagnostisches Interview durchgeführt, und sie bearbeiteten eine umfangreiche Fragebogenbatterie. Da innerhalb der Studie nur in der Ersterhebung auf das Kindes- und Jugendalter Bezug genommen wurde, wird sich in der vorliegenden Arbeit auf die Beschreibung der Ersterhebung beschränkt. Da sich darüber hinaus bei der Auswertung ausschließlich auf Informationen aus dem diagnostischen Interview gestützt wird, erfolgt bei der Beschreibung der Instrumente auch nur die Vorstellung dieses Instruments.

6.2 Stichprobenziehung

Die betrachtete Stichprobe wurde im April 1996 durch das Einwohnermeldeamt Dresden gezogen. Zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung lag das Alter der in Frage kommenden Personen zwischen 18 und 24 Jahren. In Dresden waren zu dieser Zeit ca. 19000 Frauen innerhalb dieser Altersspanne registriert. Der Studie wurden 9000 zufällig ausgewählte Adressen zur Verfügung gestellt. Von diesen jungen Frauen, deren Adressen das Projekt vom Einwohnermeldeamt erhalten hatte, konnten 3797 Personen nicht erreicht werden, weil die Adressen falsch waren oder die Personen verzogen waren bzw. trotz mehrerer Versuche niemand angetroffen werden konnte. Die Gründe für stichprobenneutrale Ausfälle und die jeweilige Anzahl von Personen sind in Tabelle 6.1 zusammengestellt.

Tabelle 6.1: Stichprobenneutrale Ausfälle bei der Ersterhebung

Gründe	Anzahl
Zufallsstichprobe vom Einwohnermeldeamt	9000
- Adresse falsch/ existiert nicht (mehr)	708
- Probandin verstorben	1
- Probandin wohnt nicht (mehr) unter angegebener Adresse	1286
- Probandin lebt in Anstalt/ nicht in Privathaushalt	25
- im Haushalt niemanden angetroffen	1187
- Probandin nicht angetroffen	550
- Probandin ist dauerhaft krank oder nicht in der Lage, dem Interview zu folgen	40
Summe der stichprobenneutralen Ausfälle	3797
Verbleibende Nettostichprobe	5203

Von den 5203 Frauen (Nettostichprobe), die kontaktiert werden konnten, nahmen 2064 am Interview teil (1877 Interview und Fragebogenbatterie, 187 nur Interview). In der vorliegenden Arbeit wird sich ausschließlich auf die Interviewdaten gestützt und damit basiert die Arbeit auf einer Stichprobengröße von 2064.

Tabelle 6.2: Teilnehmerinnen und „Verweigerer“

	Anzahl
Nettostichprobe	5203
- Probandin aus Zeitgründen nicht bereit	526
- Probandin generell nicht bereit	1462
- Probandin erschien nicht zum Interview	154
„Verweigerer“	2142
- Teilnahme am Interview	2064
Interview und Fragebogen	1877
Nur Interview	187
- Bearbeitung von Fragebogen	997
Fragebogenbatterie	746
Kurzfragebogen	251
Teilnehmerinnen	3061

Weitere 997 Frauen bearbeiteten Fragebögen; davon 746 die ausführliche Fragebogenbatterie und 251 nur die Kurzfragebogen. Am Ende der Studie wurde allen Frauen, die eine Teilnahme nicht ausdrücklich abgelehnt hatten, ein Kurzfragebogen zugeschickt. So konnte eine Ausschöpfungsquote von 58,8% bezogen auf die Nettostichprobe erreicht werden. Aus der Nettostichprobe nahmen 2142 nicht teil. Diese „Verweigerer“ sind in Tabelle 6.2 aufgeführt.

6.3 Stichprobenbeschreibung

Die folgenden Angaben beziehen sich immer auf die Stichprobe derjenigen 2064 jungen Frauen (vgl. Tabelle 6.2), von denen bei der Ersterhebung ein Interview vorliegt.

Alter

Im Mittel lagen zwischen der Stichprobenziehung durch das Einwohnermeldeamt und der ersten Befragung neun Monate. Dadurch waren weniger Probandinnen noch 18 Jahre alt und einige bereits 25 Jahre alt geworden. Man könnte also die 18-Jährigen mit den 19-Jährigen zusammennehmen, was einen Stichprobenanteil von 18,6% ergeben würde (vgl. Tabelle 6.3). Entsprechend würde sich ein Anteil von 16,1% bei den 24- und 25-Jährigen ergeben. Die verbleibenden sechs Gruppen: (1) 18- und 19-Jährige, (2) 20-Jährige, (3) 21-Jährige, (4) 22-Jährige, (5) 23-Jährige und (6) 24- und 25-Jährige sind nahezu gleichstark belegt. Die kleinste Gruppe ist mit 14,1%, die größte mit 19,5% belegt. Im Durchschnitt müsste jede der sechs Gruppen mit 16,7% besetzt sein. Die geringfügigen Abweichungen von diesem Durchschnittswert können in folgenden Auswertungen vernachlässigt werden und müssen nicht als Wichtungsfaktoren eingehen.

Tabelle 6.3: Alter

Jahre	n	%
18	111	5,4
19	271	13,1
20	402	19,5
21	313	15,2
22	343	16,6
23	292	14,1
24	240	11,6
25	92	4,5

Familienstand:

Die überwiegende Mehrheit der jungen Frauen ist noch nicht verheiratet (fast 95%). Etwa zwei Drittel (66,6%, n=1375) haben aber einen Partner. Wie in Tabelle 6.4 zu erkennen, sind 0,4% der jungen Frauen geschieden oder leben getrennt und 0,2% verwitwet.

Tabelle 6.4: Familienstand

	n	%
ledig	1958	94,9
verheiratet	92	4,5
getrennt	7	0,3
geschieden	2	0,1
verwitwet	4	0,2

Wohnumstände:

Etwa die Hälfte aller befragten Frauen lebt noch bei den Eltern, wobei die meisten (n=894, 85,1%) ein eigenes Zimmer haben. Etwa ein Viertel der Frauen lebt mit dem Partner zusammen. Knapp 7% der jungen Frauen haben Kinder, mit denen sie auch zusammenleben. Mit Bekannten, also vermutlich in einer WG (Wohngemeinschaft), wohnen etwa 8% der Teilnehmerinnen. 14,5% der jungen Frauen leben allein.

Schulabschluss:

Nur ein kleiner Teil der befragten Frauen hat einen Hauptschulabschluss (3,7%) oder ist (noch) ohne Schulabschluss, dies ist unter anderem auf die Schulpflicht zurückzuführen und natürlich auch auf die betrachtete Altersgruppe. 3,6% sind noch Schülerinnen und 0,4% sind ohne Abschluss abgegangen. Etwa ein Drittel hat den Abschluss der 10. Klasse (33,7%), und reichlich die Hälfte hat das Abitur abgelegt (58,5%).

Tabelle 6.5: Höchster Schulabschluss

	n	%
noch Schülerin	75	3,6
keinen	8	0,4
Hauptschule	76	3,7
Realschule	471	22,8
POS	226	11,0
Abitur	1207	58,5

Realschulabschluss und „POS“-Abschluss sind beides 10-Klassen-Abschlüsse. POS ist die Abkürzung für Polytechnische Oberschule, was in der DDR der „Mittleren Reife“ entsprach, also vergleichbar dem Realschulabschluss in den alten Bundesländern.

Berufsabschluss:

Mehr als die Hälfte der jungen Frauen befindet sich noch in Ausbildung. Etwa jede Fünfte hat eine Lehre abgeschlossen, jede Zehnte eine Berufsfachschule. Einen Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss hat bisher nur ein kleiner Teil der jungen Frauen

(vgl. Tabelle 6.6). Knapp 7% der Teilnehmerinnen haben keinen Berufsabschluss und befinden sich auch nicht in einer Ausbildung.

Tabelle 6.6: Ausbildungsabschlüsse

	n	%
in Ausbildung	1096	53,1
keinen	136	6,6
Lehre	403	19,5
Berufsfachschule	229	11,1
Fachschule	96	4,7
Fachhochschule	50	2,4
Hochschule	24	1,2
anderer	13	0,6
keine Angabe	17	0,8

Beschäftigungssituation:

Knapp die Hälfte der befragten Frauen ist erwerbstätig (31,3% vollzeit- und 16,0% teilzeit-beschäftigt). In Tabelle 6.7 ist die Art der Beschäftigung dargestellt. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten ist angestellt. Ein reichliches Drittel (37,5%) ist noch in Ausbildung (Studium oder Lehre oder sonstige Berufsausbildung), 4,8% sind arbeitslos, 2,9% sind im Erziehungsurlaub, 7,5% absolvieren ein soziales oder ökologisches Jahr oder gehen aus anderen Gründen keiner Berufstätigkeit nach.

Tabelle 6.7: Beschäftigung der Erwerbstätigen (n=959)

	n	%
Arbeiterin	126	13,1
Angestellte	522	54,4
Beamtin	38	4,0
Selbständige	8	0,8
andere Beschäftigung	265	27,6

Sozioökonomischer Status:

Knapp zwei Drittel der Befragten lassen sich einem mittleren sozioökonomischen Status (SES – socio-economic status) zuordnen, knapp ein Drittel einem niedrigen. Nur jener kleine verbleibende Teil von weniger als 10% kann einem hohen SES zugeordnet werden.

Tabelle 6.8: Zuordnung zu SES-Stufen (n=2056)

	n	%
niedrig	658	32,0
mittel	1233	60,0
hoch	165	8,0

Der SES wurde über den eigenen Beruf, wenn schon ein abgeschlossener Beruf vorhanden war, oder über den der Eltern ermittelt. Die ausgeübten Tätigkeiten wurden klassifiziert, wie in Tabelle 6.9 beschrieben, wobei sich diese Zuordnung auf eine Vollzeitbeschäftigung bezieht. Wurde nur eine Teilzeitbeschäftigung im jeweiligen Beruf angegeben, wurden die dem mittleren SES zugeordneten Berufe als niedriger SES und die mit einem hohen SES verbundenen Berufe als mittlerer SES bewertet. Bei acht Teilnehmerinnen gelang aufgrund fehlender Angaben keine Zuordnung zu einer SES-Stufe.

Tabelle 6.9: Bestimmung des SES mit Hilfe der ausgeübten Tätigkeiten/ Berufe

SES	Zugeordnete Tätigkeiten/ Berufe
Niedrig	Arbeitslos, Hausfrau/-mann, Arbeiter(in), Angestellte(r) mit einfacher Tätigkeit, Auszubildende(r), mithelfende(r) Familienangehörige(r)
Mittel	Vorarbeiter(in), Meister(in), Angestellte(r) mit qualifizierter oder hochqualifizierter Tätigkeit, Beamte(r) im einfachen und mittleren Dienst, Selbständige(r) in Handel, Gewerbe oder Landwirtschaft
Hoch	Angestellte(r) mit umfassenden Führungsaufgaben, Beamte(r) im gehobenen und höheren Dienst, Akademiker(in) in freiem Beruf

6.4 Diagnostisches Interview

6.4.1 Vorstellung des F-DIPS und Diagnosestellung

Den Hauptteil der Befragung nahm die Durchführung des F-DIPS (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen – Forschungsversion, Margraf, Schneider, Soeder, Neumer & Becker, 1996) ein. Das F-DIPS ist ein strukturiertes Interview zur Erfassung psychischer Störungen der Achse I nach den Diagnosekriterien des DSM-IV (APA, 1994). Das DSM-IV beinhaltet ein multiaxiales System zur Erfassung des Befindens (Tabelle 6.10).

Das F-DIPS ist eine modifizierte Version des DIPS (Margraf, Schneider & Ehlers, 1991) und des ADIS-IV-L (DiNardo, Brown & Barlow, 1994). Es erlaubt die Erfassung früherer und aktueller Beschwerden und Symptome und damit sowohl die Ermittlung der 7-Tages-Punkt-Prävalenz als auch der Lebenszeitprävalenz.

Tabelle 6.10: Beurteilungssachsen des DSM-IV

Achse I	psychische Störungen (außer Persönlichkeitsstörungen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen)
Achse II	Persönlichkeitsstörungen und tiefgreifende Entwicklungsstörungen
Achse III	medizinische Erkrankungen
Achse IV	Erfassung psychosozialer und umweltbedingten Belastungsfaktoren
Achse V	Beurteilung des aktuellen globalen psychosozialen Funktionsniveaus

In den Eingangsfragen wird zunächst nach Beschwerden in den letzten 7 Tagen gefragt und dann allgemein, ob jemals diese Beschwerden vorlagen. Gibt es Anzeichen, dass mehrere Episoden vorliegen, gilt folgendes Vorgehen:

- Liegt eine Aktuelle Episode vor, wird diese in jedem Fall exploriert.
- Liegen mehrere Frühere Episoden vor und keine Aktuelle, wird nur die schwerste Frühere Episode ausführlich exploriert. Die anderen werden nur hinsichtlich ihrer Auftretenszeiten erfasst.
- Liegen eine Aktuelle Episode und mehrere Frühere Episoden vor, gilt Folgendes: Ist die Aktuelle Episode zugleich die schwerste Episode, wird diese ausführlich exploriert, und von den Früheren Episoden werden nur die Auftretenszeiten erfasst.
- Ist eine Frühere Episode die schwerste, werden die Aktuelle und die schwerste Frühere ausführlich erfasst. Bei den weiteren Episoden werden nur die Auftretenszeiten erfasst.

Das F-DIPS enthält Fragen, die über die Erfassung relevanter diagnostischer Daten hinausgehen. So werden Beginn und Verlauf der Störungen, störungsrelevante Kognitionen oder auch das Ausmaß der Angst und Vermeidung erfasst. Es besteht aus Interview-Leitfaden und Protokollbogen. Im Protokollbogen werden die Antworten kodiert. Der Leitfaden enthält die Interviewfragen und Anweisungen an die Interviewer. Die DSM-IV-Kriterien sind am Ende des F-DIPS in Form von Checklisten aufgeführt. Das Interview beginnt mit einem Überblick über soziodemographische Daten, und dann folgen die störungsspezifischen Teile. Das F-DIPS ist im Allgemeinen für jede Störung gleich gegliedert. Jeder Abschnitt beginnt mit mehreren Übersichtsfragen, die Aufschluss darüber geben sollen, ob eventuell ein Störungsbild vorliegt. Diese Fragen erlauben auch in einigen Fällen das Auslassen dieses Abschnittes, falls die genannten Symptome nicht bei der Befragten vorgekommen sind. Sollte jedoch über das Vorliegen der Symptome Unsicherheit bestehen, werden auf jeden Fall die weiteren Fragen gestellt werden. Es werden immer die Eingangsfragen jedes Abschnitts gestellt. Allerdings wurden auch Abschnitte abgefragt, wenn Beschwerden vorlagen, die nicht für die Diagnose ausreichen aber deutlich spürbar sind. Dies wurde getan, da auch subklinische Beschwerden erfasst werden sollten.

Die erfassten Störungsbilder lassen sich folgenden Gruppen zuordnen:

• **Angststörungen**

- Panikstörung mit/ ohne Agoraphobie
- Agoraphobie
- Soziale Phobie
- Spezifische Phobie
- Generalisierte Angststörung
- Zwangsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Akute Belastungsstörung
- Störung mit Trennungsangst

• **Affektive Störungen**

- Schwere depressive Störung
- Dysthyme Störung
- Bipolare Störung I
- Bipolare Störung II
- Zykllothyme Störung

• **Forschungsdiagnose**

- Gemischte Angst-Depression

• **Somatoforme Störungen**

- Hypochondrie
- Somatisierungsstörung
- Konversionsstörung
- Somatoforme Störung

• **Substanzmissbrauch und -abhängigkeit**

- Alkohol
- Medikamente
- Genussmittel und Drogen

• **Ess-Störungen**

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa

• **Störungen des Kindes- und Jugendalters**

- Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung
- Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten
- Störung des Sozialverhaltens
- Funktionelle Enuresis/ Enkopresis

Im letzten Teil des F-DIPS wird ein Psychose-Screening durchgeführt; es werden Informationen zu körperlichen Erkrankungen, Unfällen und Operationen, zur Medikamenteneinnahme und möglichen psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungen sowie zur Familienanamnese bezüglich psychischer Störungen und psychiatrischer Erkrankungen werden erhoben. Abschließend werden die Hauptprobleme und wesentliche Belastungsfaktoren (Achse IV) aus Sicht der Befragten erfasst, und der Interviewer schätzt das generelle Anpassungsniveau (Achse V, global assessment of functioning – GAF) der Befragten ein. Es gibt mehrere Rating-Skalen, die vom Interviewer eine Einschätzung verlangen. Zum einen werden auf einer Skala von 0-8 Schwere bzw. Häufigkeit der aufgetretenen Symptome beurteilt. Es handelt sich um eine *kombinierte* Bewertung von Schwere und Häufigkeit, d.h. beide Dimensionen fließen in die Beurteilung mit ein. Bei den Angststörungen gibt es Rating-Skalen, die eine Einschätzung der Angst, die eine Situation bzw. ein Objekt auslöst, verlangen und den Grad der Vermeidung hinsichtlich dieser Situation bzw. dieses Objektes. Am Ende jedes Störungsabschnittes werden zwei weitere Ratings verlangt, nämlich die Einschätzung der Beeinträchtigung und der Belastung. Mit der Beeinträchtigung sind die objektiven Auswirkungen auf das Leben der Probandin gemeint (z.B. ob sie noch Beruf oder Ausbildung nachgehen kann, sie aufgrund der Beschwerden sozial isoliert ist u.a.). Unter der Belastung wird die subjektive Befindlichkeit der Probandin angesichts ihrer Beschwerden und Beeinträchtigungen verstanden. Bei all diesen Rating-Skalen gilt: Als klinisch relevant und damit auch relevant für die Diagnose werden Ratings von 4 und mehr angesehen.

Hiervon abzugrenzen ist die Einschätzung der Schwere der Diagnose. Hier werden nur die Auswirkungen der Störung auf das Leben der Probandin eingeschätzt. Im letzten Rating schätzt der Interviewer seine subjektive Sicherheit ein, mit der er die Diagnose vergeben hat. Die Diagnosestellung erfolgte nach den Regeln des DSM-IV. Für eine Diagnose mussten demnach alle Kriterien erfüllt sein. Das DSM erlaubt multiple Diagnosen. Voraussetzung für mehrere Diagnosen ist, dass die Symptome der weiteren Diagnose nicht unter die andere Störung subsumiert werden können (z.B. erlauben Panikanfälle, die nur während einer Zwangsstörung auftreten, nicht die zusätzliche Diagnose Paniksyndrom). Es wird zwischen

primären und zusätzlichen Diagnosen unterschieden. Falls mehrere Diagnosen vergeben werden, wird eine Gewichtung der Diagnosen durchgeführt. Primäre Diagnose ist diejenige, welche nach Einschätzung des Interviewers am schwersten ausgeprägt ist. Nicht entscheidend ist die zeitliche Reihenfolge. Sind zwei Störungen gleich stark ausgeprägt, können auch zwei primäre Diagnosen gegeben werden. Schwächere Störungen werden als Zusatzdiagnose gewichtet. Es gibt keine Beschränkung in der Anzahl der Zusatzdiagnosen. Für jede Diagnose wird der Schweregrad auf einer Skala von 0-8 eingeschätzt.

6.4.2 Reliabilität und Validität des F-DIPS

In zwei Studien wurde die Reliabilität des F-DIPS überprüft, zum einen im Rahmen einer Diplomarbeit direkt auf Basis der innerhalb der Studie geführten Interviews (Satlow, 1996), zum anderen in einer gesonderten Studie in psychosomatischen Kliniken (Keller, 2000). Bei beiden Studien wurden drei Maße der Interraterübereinstimmung des F-DIPS erhoben: die prozentuale Übereinstimmung, der Kappa-Koeffizient (κ) und Yules Y-Koeffizient (Y). Allen Maßen liegt eine Vierfeldertafel zugrunde, die die Übereinstimmung zwischen zwei Ratern darstellt. Die Koeffizienten sind auch von der jeweiligen Basisrate abhängig. Die prozentuale Übereinstimmung ist relativ einfach zu berechnen, hat jedoch den Nachteil, dass die Übereinstimmung der Rater überschätzt wird, da ihre zufällige Übereinstimmung nicht berücksichtigt wird. κ korrigiert die Übereinstimmung von zwei Beobachtern bezüglich ihrer zufälligen Übereinstimmung. κ unterschätzt aber die Übereinstimmung, wenn die Basisrate 10% unterschreitet. Yules Y liefert bei Basisraten unter 10% deutlich höhere Übereinstimmungswerte als κ . Bei höheren Basisraten gleichen sich beide Koeffizienten in etwa an, wobei Y weiterhin leicht über κ liegt. Y wird bei Basisraten von über 50% unzuverlässig und instabil und damit wenig aussagekräftig (Spitznagel & Helzer, 1985, nach Keller, 2000). Y und κ können Werte von -1 bis 1 annehmen. Dabei entspricht ein Wert von 0 einer Zufallsübereinstimmung. Werte unter 0 bedeuten, dass die beobachtete Übereinstimmung geringer als die erwartete Zufallsübereinstimmung ist. Ein Wert von 1 zeigt eine perfekte Übereinstimmung zwischen zwei Beurteilern an. Allerdings wird Y automatisch 1, sobald eines der Felder, in denen die Nichtübereinstimmungen („+/-“ oder „-/“+) der beiden Beurteiler in der Vierfeldertafel auftauchen, leer bleibt. Y nimmt den Wert -1 an, wenn eines der beiden Übereinstimmungsfelder (beide Beurteiler „-“ oder beide „+“) unbesetzt ist. Der Y-Koeffizient ist nicht berechenbar, wenn sowohl ein Übereinstimmungs- als auch ein Nichtübereinstimmungsfeld leer sind.

Ein κ zwischen .40 und .65 kann als mäßige bis mittlere Übereinstimmung, ein κ von .65 bis .75 als gute Übereinstimmung und Werte darüber als ausgezeichnete Übereinstimmung eingeschätzt werden. Ein Y zwischen .65 und .80 zeigt eine zufriedenstellende bis gute Übereinstimmung und ein Y von über .80 eine ausgezeichnete Übereinstimmung an.

In der ersten Studie (Satlow, 1996) wurden von 20 Interviewerinnen jeweils drei Interviews ausgewählt, deren Tonbandmitschnitte durch eine zweite Raterin gegenkodiert wurden. 17 Interviews wurden aus weiteren Analysen ausgesondert, da weder der/ die erste Interviewer/in noch die zweite Raterin eine Störung diagnostiziert hatten. Es blieben also 43 Interviews, auf deren Basis in dieser Studie die Übereinstimmungskoeffizienten berechnet wurden. Aufgrund der niedrigen Basisrate der meisten Störungen konnte der Kappa-Koeffizient auf der Ebene einzelner Störungen nur für aktuelle Soziale und Spezifische Phobie sowie für frühere Spezifische Phobie, Störung mit Trennungsangst, Major Depression und Anorexia nervosa berechnet werden, da nur diese Störungen eine Basisrate von mindestens 10% aufweisen. Der Y-Koeffizient konnte noch seltener gebildet werden. Einen durchgängigen Vergleichswert stellt also nur die prozentuale Übereinstimmung dar, die allerdings auch nur unter Einbeziehung der Basisrate sinnvoll interpretiert werden kann. Die prozentuale Übereinstimmung lag dabei sowohl für aktuelle wie auch für frühere Diagnosen zwischen 91 und 100%.

Tabelle 6.11: Übereinstimmung der früheren Diagnosen, Störungsoberklassen

Störungsklasse	Häufigkeit		Basisrate	Prozentuale Übereinstimmung	κ	Y
	+ / +	+ / -				
Angststörungen	12	1	33	91%	.79	.82
	3	27				
Affektive Störungen	6	3	21	86%	.58	.64
	3	31				
Somatoforme Störungen	1	0	2	100%	1	1
	0	42				
Ess-Störungen	6	0	14	100%	1	1
	0	37				
Störungen des Kindesalters	2	0	6	98%	.79	(1)
	1	40				

Aufgrund der niedrigen Basisraten der meisten Störungen deuten diese Übereinstimmungsraten also an, dass die beiden Rater/innen insbesondere darin übereinstimmen, wenn keine Störung vorliegt. Da in der vorliegenden Arbeit gerade auch die Reliabilität früherer Störungen relevant ist, wurden aus dieser ersten Studie die Übereinstimmungskoeffizienten für die früheren Diagnosen bezüglich der Störungsoberklassen herausgegriffen.

Auf der Basis dieser Auswertung kann für somatoforme und Ess-Störungen von einer perfekten Übereinstimmung, für Angststörungen und Störungen des Kindesalters von einer sehr guten Übereinstimmung und für affektive Störungen von einer mäßigen Übereinstimmung ausgegangen werden. Insgesamt sind diese Koeffizienten aber nur eingeschränkt verwertbar, da die Prävalenzrate sehr niedrig ist.

In der zweiten Studie (Keller, 2000) wurden 191 Patienten in verschiedenen Psychosomatischen Kliniken befragt. 13 Interviewer, die in der Studie mitarbeiteten, kamen zum

Einsatz. Jeder Patient wurde von zwei unabhängigen Interviewern im Abstand von ca. 2 Wochen befragt. Tabelle 6.12 zeigt die Retest-Reliabilitäten für die Störungsgruppen bezogen auf aktuelle Diagnosen. Für frühere Diagnosen erfolgte innerhalb dieser Studie keine Auswertung.

Tabelle 6.12: Retest-Reliabilitäten für die Störungsgruppen

Störungsklasse	Häufigkeit		Basisrate	Prozentuale Übereinstimmung	κ	Y
	+ / +	+ / - - / +				
Angststörungen	70 21	13 87	45,5	82%	.64	.65
Affektive Störungen	106 15	11 59	62,3	86%	.71	.72
Somatoforme Störungen	33 12	10 136	23,0	88%	.66	.72
Substanzmissbrauch und – abhängigkeit	7 2	4 178	5,2	97%	.70	.85
Ess-Störungen	17 3	1 170	9,9	98%	.89	.94
Keine Achse I - Störung	17 10	5 159	12,8	92%	.69	.76

Anmerkung: Der jeweils fett markierte Wert für κ bzw. Y weist auf den aufgrund der jeweiligen Basisrate genaueren Übereinstimmungskoeffizienten hin.

Ausgezeichnete Übereinstimmung ($\kappa > .75$ oder $Y > .85$) besteht bei Substanzmissbrauch und -abhängigkeit sowie bei Ess-Störungen. Gute Übereinstimmung ($\kappa > .70$, $Y > .80$) liegt bei affektiven und somatoformen Störungen vor. Die Übereinstimmung bei Angststörungen kann als mäßig bis mittel ($\kappa = .65$) eingeschätzt werden. In der Untersuchung von Satlow (1996) schneiden die Angststörungen als Gruppe besser ab. Hier betragen κ und Y für aktuelle Diagnosen .71 bzw. .73 und für frühere Diagnosen .79 bzw. .82. Bezüglich der Retest-Reliabilität liegt das F-DIPS somit für Affektive Störungen zum Teil höher als andere vergleichbare Instrumente. Bei Angststörungen und somatoformen Störungen werden ähnliche Werte wie bei anderen Instrumenten erzielt. Das F-DIPS ist für Ess-Störungen anderen Diagnoseinstrumenten überlegen. Ebenfalls für die Diagnose früherer Störungen kann von einer mittleren bis guten Retest-Reliabilität ausgegangen werden.

Zusätzlich hat Keller (2000) auch die Validität des F-DIPS überprüft und es hinsichtlich seiner Güte mit anderen Interviews verglichen. Die Darstellung der doch sehr umfangreichen Studie würde hier zu weit führen. Bei der Validierung wurden mehrere Fragebögen (SCL-90, BDI, BAI und Whitley-Index) sowie die Diagnosen der behandelnden Psychiater und Psychologen in der Klinik berücksichtigt. Angststörungen, Affektive Störungen und Somatoforme Störungen stimmen sehr gut mit den Selbstausskünften der Patienten (den Fragebögen) überein, allerdings nicht so gut mit den Diagnosen der Behandler. Ess-

Störungen und Substanzstörungen wurden nicht über die Fragebögen validiert, zeigten aber gute Übereinstimmung mit den Einschätzungen der Behandler ($\kappa = .66$ und $\kappa = .88$). Keller kommt zu dem Schluss: „Das F-DIPS ist bisher eines der wenigen diagnostischen Interviews, das nach DSM-IV klassifiziert und umfassend hinsichtlich seiner Retest-Reliabilität und Validität untersucht wurde. Die Reliabilität ist mit anderen Instrumenten vergleichbar mit Stärken gegenüber anderen Instrumenten in den Ess-Störungen, der Agoraphobie und der Major Depression. Schwächen in der Reliabilität bestehen im Vergleich zu anderen Instrumenten bei der Dysthymen Störung, der Sozialen Phobie und bei Phobischen Störungen. Hinsichtlich der Validität ist das F-DIPS den standardisierten Instrumenten überlegen und kann, sonst vergleichbar mit dem SCID, hinsichtlich der Angststörungen validere Diagnosen als das SCID erstellen“ (Keller, 2000, S.135).

6.4.3 Interviewer und Qualitätssicherung

Bei den Interviewern handelte es sich größtenteils um Psychologiestudenten im Hauptstudium sowie Diplom-Psychologen. Zwei Interviewer waren Ärzte des Studienganges Public Health, einige wenige Interviewer waren Studenten der Sozialarbeit. Bei der Ersterhebung waren 80 Interviewer beteiligt. Diese führten im Schnitt 20,24 Interviews ($s=17,9$).

Alle Interviewer nahmen an einer einwöchigen Schulung teil. Schwerpunkt der Schulung war das Training des F-DIPS. Alle Teile des F-DIPS wurden dabei ausführlich besprochen und von den Teilnehmern in Rollenspielen geübt. Auch die Diagnosestellung und damit explizit die Regeln des DSM-IV wurden geübt und an Probefällen durchgeführt. Zusätzlich wurden die Störungsbilder erläutert, auch mit Hilfe von Videobeispielen. Besonderer Wert wurde bei der Schulung auch auf die Rating-Skalen gelegt. Diese wurden immer wieder in der Großgruppe geübt bis die Abweichungen minimal waren.

Am Ende der Schulung wurden vier Beispielinterviews auf Video gezeigt. Diese protokollierten die Interviewer und stellten die Diagnosen. Jeder Interviewer erhielt individuell Rückmeldung über seine Protokolle und Diagnosen. Dann führte jeder Interviewer noch ein Probeinterview durch. Dieses wurde kontrollgelesen und gegebenenfalls die Bandaufnahme angehört. War die Schulung vollständig und zur Zufriedenheit absolviert worden, konnte der Interviewer an der Feldphase teilnehmen.

Alle Interviewprotokolle wurden von der Projektleiterin oder speziell geschulten Mitarbeitern korrekturgelesen. Dabei ging es zum einen um Lücken, zum anderen um Widersprüche innerhalb des Protokolls, ob die Beantwortung der Fragen mit den Kriterien der Diagnosen übereinstimmen oder ob vielleicht eine Diagnose übersehen oder falsch gestellt wurde. Die so korrigierten Interviews gingen an die Interviewer zurück. Diese vervollständigten die Angaben. Inhaltliche Probleme wurden in der wöchentlichen Supervision durchgesprochen. Mindestens alle zwei Wochen musste jeder Interviewer zur Supervision kommen, auch wenn keines seiner Interviews gefordert war, da in der Supervision immer wieder die Ratings erneut gemeinsam geübt wurden. Fast alle Interviews wurden auf Tonband auf-

genommen. So konnte in der Supervision meistens das Originalinterview gehört werden, um die Diagnose(n) zu bestimmen. Zum anderen erfolgten Stichproben, um zu überprüfen, ob die Interviews korrekt geführt wurden.

Durchschnittlich dauerte die Durchführung des Interviews bei der Ersterhebung 111,14 Minuten mit einer Standardabweichung von 40,00 Minuten. Das kürzeste Interview dauerte 30 Minuten, das längste 330 Minuten. Bei einer solchen Dauer wurde das Interview geteilt und zu einem zweiten Termin fortgesetzt.

6.5 Dateneingabe und Korrektur

Die wissenschaftlichen Daten wurden in SPSS eingegeben. Hierzu gab es vorbereitete Eingabemasken für alle Teile der Erhebung: Protokollbogen des F-DIPS, Listenheft (erster Teil der Fragebogenbatterie), Fragebogen (zweiter Teil der Fragebogenbatterie), Kurzfragebogen und Soziodemographie. Die Dateneingabe wurde von bezahlten Kräften vorgenommen. Für die Eintragungen jedes Eingabers erfolgte bereits eine erste Ausreißerkontrolle, bevor die Daten zusammengespielt wurden. Das Zusammenspielen der Daten (Poolen) erfolgte in mehreren Etappen (bei T1 mit Index-Variable vermerkt), um schon eher erste Zwischenergebnisse ermitteln zu können, auch wenn noch nicht der komplette Datensatz vorlag.

Bei der Eingabe wurden fehlende Werte als „9“ kodiert, wobei jeweils so viele „Neunen“ eingegeben wurden, wie die jeweilige Variable Stellen hatte. Bei den Zeitangaben wurden Hilfskonstruktionen geschaffen, um auch ungenauere Angaben nicht unberücksichtigt zu lassen. Falls kein Monat genannt werden konnte, sondern nur ein Quartal, dann wurde diese Angabe folgendermaßen kodiert:

„91“	1. Quartal (Winter)	„93“	3. Quartal (Sommer)
„92“	2. Quartal (Frühjahr)	„94“	4. Quartal (Herbst)

War keine Angabe eines Quartals möglich, dann wurde „99“ als Monat eintragen. Waren weder Monat noch Jahr bekannt, erfolgte „999“ als Gesamteintrag.

Nachdem der gesamte Datensatz vorlag, wurde eine erneute Ausreißerkontrolle durchgeführt, bei der offensichtlich falsche Werte herausgefiltert und die entsprechenden Unterlagen zur Korrektur herangezogen wurden. Anschließend erfolgte für die DIPS-Diagnosen eine erste Konsistenzprüfung und zwar zwischen Diagnosekriterien und Diagnosen. Danach wurde auch die Konsistenz zwischen Items und Kriterien überprüft. Dies wurde für alle Interviews bei den folgenden Störungen durchgeführt: Panikanfall, Panikstörung mit/ohne Agoraphobie, Somatisierungsstörung und Substanzmissbrauch. Für alle anderen Störungen erfolgte die Überprüfung aller derjenigen Interviews, bei denen maximal zwei Diagnosekriterien nicht erfüllt waren. Es fand also nicht die Überprüfung sämtlicher Interviews auf Konsistenz statt, sondern nur bei der begründeten Annahme, dass sich etwas ändern könnte. Da alle Interviews auch editiert worden waren, konnte davon ausgegangen werden, dass keine Diagnose vergeben werden kann, wenn drei oder mehr Diagnosekriterien verneint wurden. Mit

Hilfe der SPSS-Syntax wurden diejenigen Code-Nummern ausgegeben, bei denen Widersprüche bestanden. Dann wurde in den Unterlagen nachgesehen, und es erfolgten die notwendigen Korrekturen.

6.6 Umgang mit Altersangaben

Für die Festlegung von Störungen des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters ist nicht nur die Definition der Störungen als solche erforderlich, was mit Hilfe des F-DIPS und der verwendeten DSM-IV-Kriterien klar geregelt ist, sondern auch die Grenzziehung zwischen Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter. Es finden sich hierzu unterschiedliche Definitionen und Vorschläge. In verschiedenen Theorien finden sich nach einer gewissen „Ruhezeit“ vom 12. zum 13. Lebensjahr Veränderungen. Dieser Übergang als Entwicklungsstufe ist mit dem Eintritt in die Adoleszenz gekoppelt. Für Mädchen ist mit dem Übergang vom 12. zum 13. Lebensjahr der Schritt vom Kind zum Jugendlichen gerade in vollem Gange, wenn man davon ausgeht, dass im Alter zwischen 11 und 14 Jahren fast alle Mädchen die Pubertät durchleben, und ihre geschlechtliche Reife erreichen und damit eine Vielzahl auch psychischer Veränderungen einhergehen. In der vorliegenden Arbeit wird daher das Kindesalter als bis zum Alter von einschließlich 12 Jahren andauernd betrachtet.

Das Erwachsenenalter wird als mit dem 18. Geburtstag beginnend definiert, weil die jüngsten befragten Frauen 18 Jahre alt sind, so dass eine Definition von Erwachsenenalter mit einem höheren Alter aus methodischen Gründen ungünstig wäre. Der verbleibende Zeitabschnitt zwischen Kindheit und Erwachsenenalter ist das Jugendalter, was demzufolge hier als von einem Alter von 13 bis zu 17 Jahren festgelegt wird. Zusammenfassend lauten die verwendeten Altersgrenzen wie folgt:

Kindesalter	bis 12,
Jugendalter	13 bis 17 und
Erwachsenenalter	ab 18.

In Abbildung 6.1 (S.115) sind mögliche Verläufe psychischer Störungen in Verbindung mit den eben definierten Altersgrenzen dargestellt. Dabei symbolisieren die blauen Striche jeweils das Bestehen einer Störung. Die verschiedenen Balken geben jeweils den Rahmen für mögliche Verläufe in einzelnen Personen. Der unterste Balken beispielsweise symbolisiert jemanden, der zu keinem Zeitpunkt von einer psychischen Störung betroffen war. Der dritte Balken von oben beschreibt das stabile Bestehen einer Störung vom Kindes- über das Jugend- ins Erwachsenenalter. Sind in einem Balken mehrere Striche untereinander, so soll dies das Bestehen verschiedener Störungen symbolisieren. Natürlich erfasst die Abbildung nicht jede mögliche Anzahl von Störungen, aber sie beschreibt doch überblicksartig die möglichen Verläufe.



Abbildung 6.1: Mögliche Verläufe psychischer Störungen in Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

Neben dieser Betrachtung nach Altersabschnitten ist es aber auch interessant, wann ein Problem bzw. eine Störung begonnen hat. Die Informationen hierzu waren teilweise ungenau. Es wurden daher folgende Festlegungen getroffen:

- | | |
|------------------------------|---------------------|
| „Schon immer“ | Alter bei Beginn: 1 |
| „Seit Kindheit/Kindergarten“ | Alter bei Beginn: 3 |
| „Seit Schulzeit“ | Alter bei Beginn: 7 |

Wurde nun beispielsweise von einer 21-jährigen Teilnehmerin eine Phobie als seit der Schulzeit bestehend und auch jetzt noch vorhanden angegeben, so ist das Alter bei Beginn 7, das Alter bei Ende 21 (also das aktuelle Alter). Diese Probandin hat dann in allen drei betrachteten Zeitabschnitten die Diagnose dieser Phobie erhalten, also im Kindesalter, im Jugendalter und im Erwachsenenalter, obwohl im F-DIPS nur die aktuelle Diagnose vergeben wurde, wenn eben diese Störung ohne längere Symptomfreiheit seit dem ersten Auftreten bis zum Zeitpunkt des Interviews bestanden hat und innerhalb der 7 Tage vor dem Interview auch vorhanden war. Ein anderes Beispiel könnte eine 19-jährige Teilnehmerin sein, die sich seit der Kindheit bis zum Alter von 10 Jahren an das Bestehen einer TAS erinnerte und vor drei Monaten unter einer depressiven Störung litt. Sie hätte also im Kindesalter eine TAS mit einem Alter bei Beginn von 3 Jahren und einem Alter bei Ende von 10 Jahren und eine SDS im jungen Erwachsenenalter erfüllt (ähnlich dem im 6. Balken von unten in Abbildung 6.1 dargestellten Verlauf).

6.7 Statistische Analyse

Die Beantwortung der ersten Frage, welche Störungen im Kindesalter mit welcher Häufigkeit auftreten, erfordert lediglich eine deskriptive Herangehensweise. An dieser Stelle sollen absolute und relative Häufigkeiten sowie das zugehörige Konfidenzintervall (CI), in dem die prozentuale Häufigkeit mit 95%iger Wahrscheinlichkeit liegt, für die jeweiligen Störungen ermittelt werden. Außerdem wird betrachtet, welche Komorbiditäten es gibt und ob es hierbei bestimmte Muster gibt, die häufiger als andere auftreten. Für den Beginn wird jeweils das mittlere Alter sowie der Median bestimmt, in dem eine Störung erstmals auftrat. Dabei erscheint es auch interessant, ob es bestimmte Altersbereiche gibt, in denen eine bestimmte Störung besonders häufig zum ersten Mal auftritt, wie dies in der Literatur beschrieben wird.

Überblicksartig kann die Mehrzahl der übrigen Fragestellungen mit Hilfe von Kreuztabellen bearbeitet werden, die zur Aufdeckung eines möglichen Zusammenhangs beitragen und auch die Ermittlung von Odds Ratios (OR) zulassen. Die komplexeren Betrachtungen werden mit Hilfe der logistischen Regression statistisch analysiert. Bei der logistischen Regression wird nicht mehr direkt die Zielvariable, sondern die bedingte Wahrscheinlichkeit modelliert, dass die zu untersuchende binäre Zielvariable eine gewisse Ausprägung annimmt, gegeben den Expositionsvariablen. „Das logistische Modell eignet sich deshalb so gut zur Auswertung epidemiologischer Studien, weil seine Koeffizienten in engem Zusammenhang zum Odds Ratio stehen“ (Kreienbrock & Schach, 1995, S.218). Ein Parameter b , mit dem eine jeweilige Expositionsvariable in die Regressionsgleichung eingeht, ist gleich dem natürlichen Logarithmus des Odds Ratio (OR):

$$\ln(\text{OR}) = b, \quad \text{also} \quad \text{OR} = \exp(b).$$

Unter OR versteht man ein Chancenverhältnis, bei dem die Chance, unter Exposition zu erkranken, durch die Chance, ohne Exposition zu erkranken, dividiert wird. „Das Odds Ratio ist als der Faktor zu interpretieren, um den die Chance zu erkranken steigt, wenn man exponiert ist. Diese Interpretation ist der des relativen Risikos analog, nur dass der Begriff des Risikos durch den der Chance ersetzt ist“ (Kreienbrock & Schach, 1995, S.49).

Rechenbeispiel zur Ermittlung und Interpretation von Odds Ratios

Odds (Chancen) für das Auftreten von Störung A

		Störung B		gesamt
		ja	nein	
Störung A	ja	24 (a)	6 (b)	30
	nein	5 (c)	5 (d)	10
gesamt		29	11	40

Odds (Chance) (Störung A ja/ Störung B ja) = $P(a)/P(c) = \frac{24}{5} = 4,8$

Odds (Chance) (Störung A ja/ Störung B nein) = $P(b)/P(d) = \frac{6}{5} = 1,2$

Odds Ratio (Chancenverhältnis) von Störung A und Störung B:

$$OR = \frac{P(a)/P(c)}{P(b)/P(d)} = \frac{a \times d}{c \times b} = \frac{24 \times 5}{5 \times 6} = 4$$

In Worten bedeutet dies: In welchem Verhältnis erhöht sich die Chance für das Vorliegen von Störung A, wenn Störung B vorliegt, im Verhältnis zu denjenigen Fällen, bei denen Störung B nicht vorliegt. Im Beispiel ist die Chance für das Auftreten von Störung A bei gleichzeitigem Vorliegen von Störung B um das Vierfache erhöht, im Verhältnis zu denjenigen Störungen, bei denen B nicht vorliegt.

Betrachtet man nur den Zusammenhang von zwei dichotomen Variablen, beispielweise liegt eine der Störungen A oder B vor oder nicht, lässt sich das OR für deren möglichen Zusammenhang miteinander über eine Vierfeldertafel ermitteln (im Rechenbeispiel verdeutlicht).

Das OR kann Werte zwischen 0 und unendlich annehmen. Wird ein OR größer als 1, so steigt die Erkrankungschance unter Exposition; es liegt also ein schädigender Einfluss vor. Ist das OR gleich 1, so hat die Exposition keinen Einfluss. Wird das OR kleiner als 1, so wirkt die Exposition präventiv. Zur Bestimmung der Signifikanz von Odds Ratios wird das zugehörige Konfidenzintervall (CI) herangezogen, meist auf dem Niveau von 95%. Es gilt folgende Regel: Ein OR ist zum Signifikanzniveau α signifikant von 1 verschieden genau dann, wenn das zugehörige $1-\alpha$ CI den Wert 1 nicht einschließt. Mit Hilfe der logistischen Regression können verschiedene Faktoren unterschiedlichen Datenniveaus (wobei kategoriale Variablen mit mehr als zwei Kategorien vorher in n-1 Indikatorvariablen umgerechnet werden müssen, die dann in die Regressionsgleichung eingehen) gleichzeitig hinsichtlich ihres Einflusses auf eine bestimmte betrachtete dichotome Variable untersucht werden.

Bei Studien sind die befragten Personen in der Regel unterschiedlich alt, d.h. die Probanden haben unterschiedliche Risikophasen für das Entwickeln einer Störung durchschritten. Verfahren, die die zeitliche Aufeinanderfolge verschiedener Störungen bei einer Person genauer beschreiben und analysieren, werden unter dem Oberbegriff „Survivalanalyse“ zusammengefasst. „Die statistische Analyse von Verweildauern ... informiert für jede Untersuchungseinheit [jede Person] über die Zeitpunkte der Zustandswechsel bzw. des Eintreffens bestimmter Ereignisse und über die Abfolge dieser Ereignisse“ (Fahrmeir, Hamerle & Tutz, 1996, S.301). Ein wichtiges Ziel dieser Analyse ist die quantitative Ermittlung vom Ausmaß des Einflusses anderer Variablen bei der Vorhersage bestimmter Ereignisse. Übertragen auf

die vorliegende Arbeit heißt das also, die Analyse vom Einfluss des Vorliegens einer Störung auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer anderen Störung, wobei die zeitliche Abfolge in die Auswertungen eingeht. Die Zeit bis zum Eintreten des betrachteten Ereignisses wird durch verschiedene Funktionen charakterisiert. Zwei wesentliche Funktionen sind die „Survivalfunktion“ und die „Hazard-Rate“. Unter der Survivalfunktion wird dabei die Wahrscheinlichkeit verstanden, dass ein Individuum einen bestimmten Zeitpunkt „überlebt“, also das betrachtete Ereignis (noch) nicht eingetreten ist. Die Hazard-Rate beinhaltet die Chance, dass ein Individuum in einem bestimmten Alter das betrachtete Ereignis im nächsten Moment erlebt. Bei der kumulierten Hazard-Rate handelt es sich um die Summe der Hazard-Raten bis zu einem bestimmten Alter. Wird diese kumulierte Hazard-Rate als Kurve dargestellt, kann man sehr gut erkennen, in welchem Alter die Hazard-Raten größer oder kleiner werden. In der vorliegenden Arbeit interessiert nun besonders der Einfluss des Vorliegens einer Störung im Kindesalter auf das Auftreten einer späteren Störung. Unterschiede zwischen Survivalkurven können mit Hilfe der sogenannten Cox-Regression quantifiziert werden (Höfler, 2003). Beim Cox-Modell wird eine multiplikative Beeinflussung der Hazard-Raten durch Kovariablen (Störung im Kindesalter oder nicht) angenommen. Es wird dabei derjenige Faktor (Hazard Ratio, HR) berechnet, um den sich die Hazard-Raten, d.h. die Wahrscheinlichkeiten für den Beginn einer Störung, unterscheiden. Durch Erweiterungen des Cox-Modells ist auch die Analyse zeitabhängiger Kovariablen möglich. Ein typisches Beispiel für eine solche zeitabhängige Kovariable ist das Vorliegen einer anderen psychischen Störung.

Es wird bei der Auswertung mit SPSS 10.0 (Häufigkeitsanalysen, Kreuztabellen, logistische Regression, Berechnung der ORs) und Stata 7.0 (Ermittlung der Konfidenzintervalle für Prävalenzen, Berechnung der HRs) gearbeitet.

Kapitel 7 Ergebnisse

7.1 Prävalenzen

7.1.1 Lebenszeit- und Ein-Jahres-Prävalenz

Eine grundlegende Frage epidemiologischer Studien ist, wie häufig Störungen in einer betrachteten Stichprobe auftreten. Dazu werden zuerst die Lebenszeitprävalenz und die Ein-Jahres-Prävalenz der jeweiligen Störungen angegeben. Da Prävalenzzähler mit einer gewissen Ungenauigkeit behaftet sind, wird auch das zugehörige 95%-Konfidenzintervall angegeben.

Tabelle 7.1: Lebenszeitprävalenzen der erfassten Störungsgruppen

	Anzahl n	Prävalenz in %	Konfidenzintervall (95%-Niveau)
Psychische Störung gesamt	853	41,3	(39,22-43,47)
Angststörung (inkl. TAS)	603	29,2	(27,29-31,22)
Affektive Störung	284	13,8	(12,34-15,32)
Somatoforme Störung	66	3,2	(2,52-4,05)
Substanzstörung	46	2,2	(1,67-2,96)
Ess-Störung	82	4,0	(3,21-4,91)
Expansive Störung	100	4,8	(4,00-5,86)
Ausscheidungsstörung	74	3,6	(2,91-4,53)

In Hinblick auf die gesamte Lebenszeit sind in unserer Stichprobe Angststörungen am häufigsten und affektive Störungen etwa halb so häufig wie Angststörungen. Insgesamt ist fast jede Zweite der befragten jungen Frauen irgendwann in ihrem Leben von einer psychischen Störung betroffen. Knapp jede Dritte leidet irgendwann in ihrem Leben an einer Angststörung, bei etwa jeder Achten liegt irgendwann in ihrem Leben eine affektive Störung vor. Fast jede zehnte junge Frau erfüllte irgendwann in ihrem Leben die Kriterien für die Diagnose einer Kinderstörung (expansive oder Ausscheidungsstörung). Deutlich seltener wurden somatoforme, substanzbezogene oder Ess-Störungen diagnostiziert. Bei substanzbezogenen und Ess-Störungen könnte es sich hier auch um mögliches Verschweigen eigentlich bestehender Probleme handeln, so dass die vorliegende Prävalenzschätzung als konservativ angesehen werden muss. Somatoforme Störungen beginnen typischerweise erst im jungen Erwachsenenalter, so dass in unserer Stichprobe noch nicht so viele Fälle auftraten, wie in einer älteren Stichprobe zu erwarten wären.

Wie verändern sich nun diese Prävalenzen, wenn nur das Vorliegen der Störungen innerhalb der zwölf Monate vor dem Interview betrachtet wird? Tabelle 7.2 zeigt hierzu die

entsprechenden Zahlen. Im letzten Jahr vor der Erhebung war etwa jede vierte befragte junge Frau von irgendeiner psychischen Störung betroffen. Dabei waren Angststörungen mit Abstand am häufigsten, an einer affektiven Störung litt aber auch etwa jede 20. junge Frau in den zwölf Monaten vor der Erhebung. Der anteilig geringste Unterschied fand sich zwischen Lebenszeit- und Ein-Jahres-Prävalenz bei somatoformen Störungen. In Abbildung 7.1 sind Ein-Jahres- und Lebenszeitprävalenz graphisch dargestellt, wodurch die Unterschiede sehr gut zu sehen sind.

Tabelle 7.2: Ein-Jahres-Prävalenzen der erfassten Störungsgruppen

	Anzahl n	Prävalenz in %	Konfidenzintervall (95%-Niveau)
Psychische Störung gesamt	552	26,7	(24,88-28,70)
Angststörung (inkl. TAS)	437	21,2	(19,47-23,00)
Affektive Störung	118	5,7	(4,79-6,81)
Somatoforme Störung	50	2,4	(1,84-3,19)
Substanzstörung	24	1,2	(0,78-1,73)
Ess-Störung	30	1,5	(1,02-2,07)
Expansive Störung	11	0,5	(0,30-0,96)
Ausscheidungsstörung	0	0	0

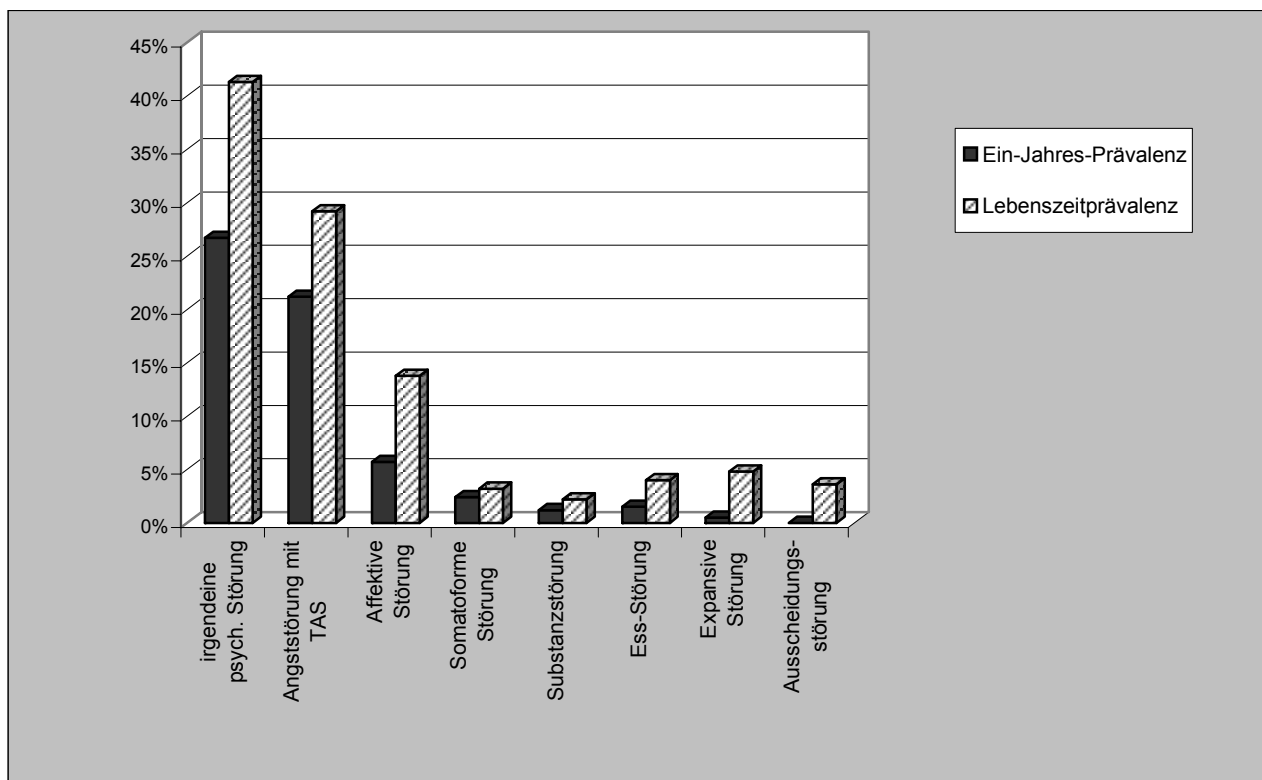


Abbildung 7.1: Ein-Jahres- und Lebenszeitprävalanz der erfassten Störungsgruppen

In Abbildung 7.1 zeigt sich bei expansiven und Ausscheidungsstörungen, dass nahezu keine junge Frau im letzten Jahr vor der Erhebung unter einer solchen Störung litt. Störungen aus diesen Bereichen bestehen eben häufig nur im Kindes- und Jugendalter.

7.1.2 Prävalenzraten im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

Da es in der vorliegenden Arbeit um Zusammenhänge zwischen Störungen im Kindesalter und Erwachsenenalter gehen soll, müssen natürlich für diese Altersabschnitte geltende Prävalenzraten ermittelt werden. Wie verteilen sich die beobachteten Lebenszeitprävalenzen in den verschiedenen Altersabschnitten? Abbildung 7.2 (S.122) zeigt eindrucksvoll, wie die Prävalenzraten von Kindesalter über Jugend zum jungen Erwachsenenalter insgesamt ansteigen. Am stärksten ist dieser Anstieg bei affektiven Störungen. Die einzigen Störungsgruppen, bei denen eine gegenläufige Entwicklung der Prävalenzraten beobachtet werden kann, sind expansive Störungen und Ausscheidungsstörungen. Dies deutet einen erwarteten Zusammenhang zwischen Alter und vorliegenden Störungen an. Bei der Betrachtung dieser Abbildungen ist es wichtig zu wissen, dass Betroffene, die beispielsweise berichteten, dass eine Störung seit dem 7. Lebensjahr durchgehend vorhanden ist und auch am Tag des Interviews noch besteht, in allen unterschiedenen Zeitfenstern gezählt werden. Eine solche Person hatte also die jeweilige Störung sowohl im Kindes-, im Jugend- und im Erwachsenenalter als auch innerhalb des letzten Jahres. Eine Frau, die angab, dass ein Problem zwischen dem 7. und 10. Lebensjahr bestand, war nur im Kindesalter von dieser Störung betroffen. Eine Probandin, die jetzt 23 ist und angibt, dass eine bestimmte Störung zwischen dem Alter von 14 und 19 Jahren bestanden hatte, litt also im Jugend- und im Erwachsenenalter unter dieser Störung. Die hier berichteten Prävalenzraten beziehen sich immer auf bestimmte Abschnitte: sie entsprechen der Lebenszeitprävalenz bis zum Alter von 12 Jahren für die Prävalenzangaben, die sich auf das Kindesalter beziehen; sie erfassen einen Zeitraum von fünf Jahren für Prävalenzangaben, die sich auf das Jugendalter beziehen (13 bis 17 Jahre), und sie stützen sich auf den Zeitraum seit dem Alter von 18 Jahren bis zum Untersuchungszeitpunkt für Angaben, die sich auf das Erwachsenenalter beziehen.

Insgesamt sind 32,8% (95%CI 30,76-34,81) der jungen Frauen im jungen Erwachsenenalter, also ab einem Alter von 18 Jahren, von irgendeiner psychischen Störung betroffen. Das entspricht beinahe jeder dritten jungen Frau. 28,5% (95%CI 26,58-30,48) der jungen Frauen erinnerten sich an Probleme im Jugendalter, die als psychische Störung diagnostiziert wurden. Im Kindesalter, also bis zu einem Alter von 12 Jahren, war nahezu ein Viertel der Befragten von einer psychischen Störung betroffen (23,9%, 95%CI 22,09-25,78).

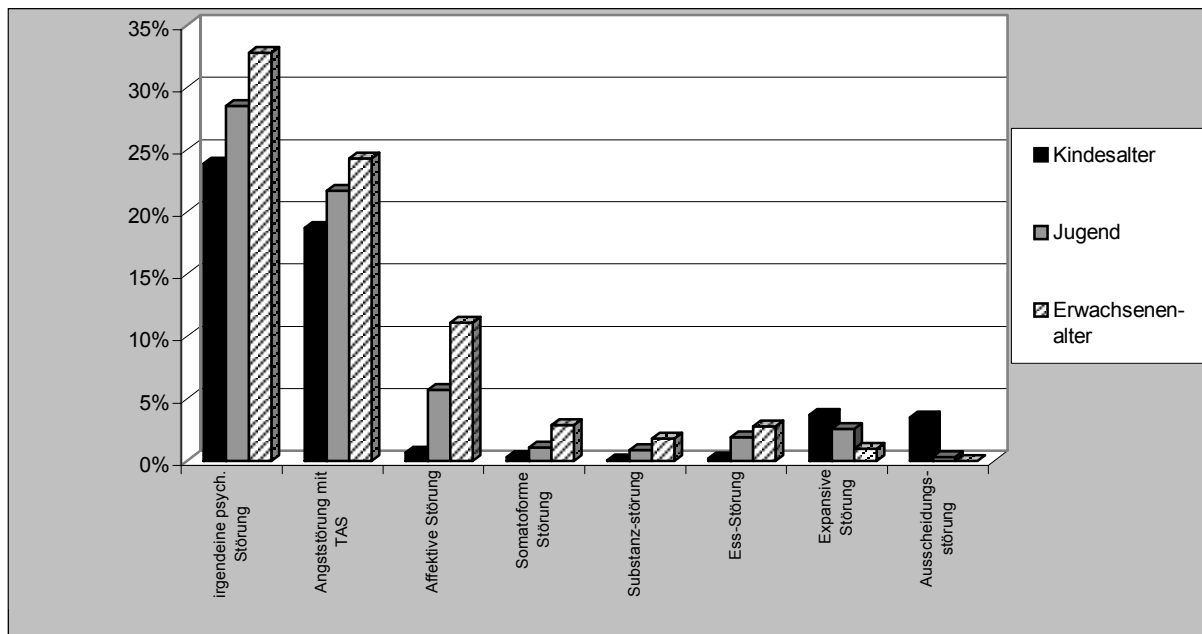


Abbildung 7.2: Prävalenzraten der erfassten Störungsgruppen nach Altersgruppen

Im Kindesalter sind erwartungsgemäß Angststörungen, expansive Störungen und Ausscheidungsstörungen am häufigsten. Für diesen Altersabschnitt liegt also das Hauptaugenmerk – wie auch schon in Kapitel 3 ausgeführt – auf diesen drei Störungsgruppen. Im Vergleich zwischen Kindes- und Jugendalter nehmen insbesondere affektive und Ess-Störungen zu. Bereits im Jugendalter sind affektive Störungen nach Angststörungen die zweithäufigste diagnostizierte Störungsgruppe. Expansive und Ess-Störungen sind im Jugendalter etwa gleich häufig. Im Erwachsenenalter wurden Angststörungen und affektive Störungen am häufigsten diagnostiziert, deutlich seltener sind somatoforme, Ess- und substanzbezogene Störungen. Angststörungen, affektive Störungen und Substanzstörungen erfahren jeweils zwischen Kindheit und Jugendalter bzw. zwischen Jugend- und jungem Erwachsenenalter ca. gleich starke Zuwachsraten: bei Angststörungen jeweils ca. 3%, bei affektiven Störungen jeweils ca. 5% und bei Substanzstörungen jeweils ca. 1%. Bei somatoformen Störungen ist der Anstieg vom Kindesalter zum Jugendalter geringer (0,8%) als vom Jugendalter zum Erwachsenenalter (1,8%), also verdoppelt sich der Anstieg. Bei Ess-Störungen ist die Zuwachsrate vom Kindes- zum Jugendalter stärker (1,7%) als vom Jugend- zum Erwachsenenalter (0,9%), also halbiert sich hier der Anstieg.

In den Tabellen 7.3 bis 7.8 sind die Prävalenzen für die einzelnen Störungen in den drei unterschiedenen Altersabschnitten (bis 12 Jahre, 13 bis 17, ab 18) und die Ein-Jahres-Prävalenzen zusammengestellt. Bei der Betrachtung dieser Tabellen ist auch wieder zu beachten, wie die Prävalenzen gebildet wurden (vgl. Abschnitt 6.6, S.114f.). Wie sich die Auftretensrate bestimmter Störungen je nach Alter verändert, ist in den Abbildungen 7.3 bis 7.10 in Abschnitt 7.2.2 (S.137ff.) ersichtlich.

Tabelle 7.3: Prävalenzraten der erfassten Angststörungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter sowie Ein-Jahres-Prävalenz

Störung	Kindesalter bis 12	Jugendalter 13 bis 17	Erwachsenenalter ab 18	Ein-Jahres- Prävalenz
	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)
Angststörungen	386 18,7 (17,08-20,44)	447 21,7 (19,93-23,49)	502 24,3 (22,52-26,22)	437 21,2 (19,47-23,00)
Panikstörung ohne Agoraphobie	7 0,3 (0,16-0,71)	22 1,1 (0,70-1,61)	43 2,1 (1,55-2,80)	34 1,6 (1,18-2,30)
Panikstörung mit Agoraphobie	1 0,05 (0,01-0,34)	7 0,3 (0,16-0,71)	17 0,8 (0,51-1,32)	14 0,7 (0,4-1,14)
Agoraphobie ohne Panikstörung	15 0,7 (0,44-1,20)	33 1,6 (1,14-2,24)	50 2,4 (1,84-3,18)	48 2,3 (1,76-3,07)
Soziale Phobie	137 6,6 (5,64-7,80)	196 9,5 (8,30-10,84)	205 9,9 (8,71-11,30)	168 8,1 (7,03-9,40)
Spezifische Phobie	199 9,6 (8,44-10,99)	206 10,0 (8,76-11,35)	225 10,9 (9,63-12,32)	206 10,0 (8,76-11,35)
GAS	5 0,2 (0,10-0,58)	21 1,0 (0,66-1,56)	55 2,7 (2,05-3,46)	43 2,1 (1,55-2,80)
Zwangsstörung	15 0,7 (0,44-1,20)	17 0,8 (0,51-1,32)	19 0,9 (0,59-1,44)	17 0,8 (0,51-1,32)
PTB	29 1,4 (0,98-1,91)	46 2,2 (1,67-2,96)	45 2,2 (1,63-2,91)	20 1,0 (0,63-1,50)
Akute Belastungs- störung	0	0	2 0,1 (0,02-0,39)	2 0,1 (0,02-0,39)
TAS	41 2,0 (1,47-2,69)	6 0,3 (0,13-0,65)	3 0,2 (0,05-0,45)	1 0,0 (0,00-0,34)

Innerhalb der Gruppe der Angststörungen gibt es sehr deutliche Unterschiede, was die Auftretensraten in den einzelnen Altersabschnitten betrifft. Bei Phobien, insbesondere Spezifischen und Sozialen Phobien, wird das erste Auftreten der Probleme im Kindesalter beschrieben. Ähnlich verhält es sich bei Zwangsstörungen. Panikstörungen und GAS sind Probleme, die bis zu einem Alter von 12 Jahren kaum beschrieben werden. Sie scheinen demnach erst im Jugend- und Erwachsenenalter aufzutreten. Ein erwartungsgemäß anderer Häufigkeitsverlauf zeigt sich bei der TAS. Hier bestehen die meisten Fälle im Kindesalter. Diese Störung wird im Jugend- und Erwachsenenalter kaum noch diagnostiziert. Über alle Altersabschnitte hinweg sind Spezifische Phobien die am häufigsten diagnostizierten Angststörungen mit nahezu gleichbleibenden Prävalenzen von ca. 10%.

Ebenfalls sehr häufig wurden Soziale Phobien diagnostiziert. Bei dieser Störung erfolgt vom Kindes- zum Jugendalter ein deutlicher Zuwachs von knapp 7% auf annähernd 10%. Im Erwachsenenalter kommen dann kaum noch neue Fälle hinzu. Die meisten Befragten, bei denen eine Soziale Phobie diagnostiziert wurde, erinnern sich, dass die Probleme im Jugendalter und teilweise im Kindesalter begonnen haben (vgl. Abschnitt 7.2.1). Da die Akute Belastungsstörung nur zweimal auftrat, soll sie in weitere Betrachtungen als einzelne Störung nicht einbezogen werden. Bei der Gruppe der Angststörungen werden diese beiden Frauen natürlich als Betroffene erfasst.

Bei expansiven Störungen und Ausscheidungsstörungen zeigt sich erwartungsgemäß ein gegenläufiges Bild im Vergleich mit den anderen Störungen (Tabelle 7.4, S.125), nämlich eine geringer werdende Häufigkeitsrate vom Kindes- über das Jugend- hin zum Erwachsenenalter. Ausscheidungsstörungen werden ab einem Alter von 18 Jahren gar nicht mehr berichtet. Insgesamt wurde aber nur einmal eine Enkopresis diagnostiziert, was sicherlich auch einer gewissen Scham geschuldet ist, solche Probleme zuzugeben. Enkopresis kann daher als einzelne Störung nicht in weitere Auswertungen eingehen, wird aber bei der Gruppe der Ausscheidungsstörungen erfasst. Außer der SSV haben alle Störungen dieser beiden Störungsgruppen ihre höchste Prävalenz im Kindesalter. Die Diagnose einer SSV wurde am häufigsten für das Alter zwischen 13 und 17 Jahren gestellt.

Tabelle 7.4: Prävalenzraten der erfassten expansiven und Ausscheidungsstörungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter sowie Ein-Jahres-Prävalenz

Störung	Kindesalter bis 12	Jugendalter 13 bis 17	Erwachsenenalter ab 18	Ein-Jahres- Prävalenz
	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)
Expansive Störungen	77 3,7 (2,99-4,64)	53 2,6 (1,97-3,35)	21 1,0 (0,66-1,56)	11 0,5 (0,30-0,96)
ADHS	31 1,5 (1,06-2,13)	9 0,4 (0,23-0,84)	4 0,2 (0,07-0,52)	3 0,1 (0,05-0,45)
SOT	48 2,3 (1,76-3,07)	32 1,6 (1,10-2,18)	12 0,6 (0,33-1,02)	6 0,3 (0,13-0,65)
SSV	8 0,4 (0,19-0,77)	14 0,7 (0,40-1,14)	5 0,2 (0,10-0,58)	2 0,1 (0,02-0,39)
Ausscheidungs- störungen	73 3,5 (2,82-4,43)	6 0,3 (0,13-0,65)	0	0
Funktionelle Enuresis	72 3,5 (2,78-4,37)	6 0,3 (0,13-0,65)	0	0
Funktionelle Enkopresis	1 0,05 (0,01-0,34)	0	0	0

Affektive Störungen wurden von den befragten jungen Frauen vor allem im Jugend- und Erwachsenenalter berichtet (Tabelle 7.5, S.126). Es erinnerten sich nur 15 Frauen, bereits im Kindesalter unter einer depressiven Störung gelitten zu haben, wobei der größere Teil dieser Frauen von einer Dysthymie betroffen war/ist und der kleinere Teil von einer Major Depression. Im Jugendalter verschiebt sich diese Verteilung ganz erheblich und noch weiter im Erwachsenenalter. War das Häufigkeitsverhältnis im Kindesalter zwischen Major Depression und Dysthymie etwa 2:3, liegt es im Jugendalter bei ca. 3:1 und im Erwachsenenalter bei rund 10:1. Insgesamt nimmt also die Häufigkeit von Schweren Depressiven Störungen vom Kindesalter zum Erwachsenenalter hin ganz beträchtlich zu (um das 33fache), die Rate für Dysthymie verdoppelt sich dahingegen „nur“. Bei bipolaren Störungen zeigt sich hier ein ähnliches Bild, wobei die kleinen Fallzahlen kaum eine Interpretation zulassen. In dieser Stichprobe versiebenfachen sich die Bipolaren Störungen (I und II) in ihrer Häufigkeit vom Jugend- zum Erwachsenenalter, wohingegen bei der Zykllothymie vom Jugend- zum Erwachsenenalter zu den zwei Betroffenen nur eine weitere Frau hinzukommt.

Tabelle 7.5: Prävalenzraten der erfassten affektiven Störungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter sowie Ein-Jahres-Prävalenz

Störung	Kindesalter bis 12	Jugendalter 13 bis 17	Erwachsenenalter ab 18	Ein-Jahres- Prävalenz
	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)
Affektive Störungen	15 0,7 (0,44-1,20)	118 5,7 (4,79-6,81)	230 11,1 (9,86-12,58)	118 5,7 (4,79-6,81)
Dysthyme Störung	9 0,4 (0,23-0,84)	26 1,3 (0,86-1,84)	19 0,9 (0,59-1,44)	10 0,5 (0,26-0,90)
Major Depression	6 0,3 (0,13-0,65)	90 4,4 (3,56-5,33)	199 9,6 (8,44-10,99)	98 4,7 (3,91-5,76)
Bipolare Störung	0	2 0,1 (0,02-0,39)	14 0,7 (0,40-1,14)	9 0,4 (0,23-0,84)
Zyklothyme Störung	0	2 0,1 (0,02-0,39)	3 0,2 (0,05-0,45)	3 0,1 (0,05-0,45)

Somatoforme, Ess- und substanzbezogene Störungen wurden in unserer Stichprobe deutlich seltener diagnostiziert als Angst- oder affektive Störungen (Tabelle 7.6, S.127). Am häufigsten wurde innerhalb der somatoformen Störungen die Diagnose einer Somatoformen Schmerzstörung vergeben. Dies ist die einzige somatoforme Störung die von einigen Frauen auch schon im Kindesalter berichtet wurde.

Tabelle 7.6: Prävalenzraten der erfassten somatoformen Störungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter sowie Ein-Jahres-Prävalenz

Störung	Kindesalter bis 12	Jugendalter 13 bis 17	Erwachsenenalter ab 18	Ein-Jahres- Prävalenz
	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)
Somatoforme Störungen	7 0,3 (0,16-0,71)	22 1,1 (0,70-1,61)	59 2,9 (2,22-3,68)	50 2,4 (1,84-3,19)
Hypochondrie	0	1 0,05 (0,01-0,34)	8 0,4 (0,19-0,77)	7 0,3 (0,16-0,71)
Konversionsstörung	0	3 0,2 (0,05-0,45)	7 0,3 (0,16-0,71)	5 0,2 (0,10-0,58)
Somatoforme Schmerz- störung	7 0,3 (0,16-0,71)	18 0,9 (0,55-1,38)	46 2,2 (1,67-2,96)	40 1,9 (1,43-2,64)

Ess-Störungen nehmen vom Kindes- zum Jugendalter hin erwartungsgemäß deutlich zu (Tabelle 7.7). Vom Jugend- zum Erwachsenenalter nimmt die Häufigkeit der Bulimie stärker zu als die der Anorexie; während im Jugendalter nur eine Teilnehmerin sowohl eine Anorexie als auch eine Bulimie aufwies, sind es im Erwachsenenalter fünf Frauen.

Tabelle 7.7: Prävalenzraten der erfassten Ess- Störungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter sowie Ein-Jahres-Prävalenz

Störung	Kindesalter bis 12	Jugendalter 13 bis 17	Erwachsenenalter ab 18	Ein-Jahres- Prävalenz
	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)
Ess-Störungen	3 0,2 (0,05-0,45)	40 1,9 (1,42-2,63)	58 2,8 (2,18-3,62)	30 1,5 (1,02-2,07)
Anorexia Nervosa	3 0,2 (0,05-0,45)	29 1,4 (0,98-1,91)	35 1,7 (1,22-2,35)	17 0,8 (0,51-1,32)
Bulimia Nervosa	0	12 0,6 (0,33-1,02)	28 1,4 (0,94-1,96)	15 0,7 (0,44-1,20)

In Tabelle 7.8 (S.128) sind die Prävalenzraten für Substanzstörungen aufgeführt. Eine Substanzstörung wurde innerhalb unserer Stichprobe bei weniger als 2% diagnostiziert,

wobei Nikotinkonsum an dieser Stelle nicht erfasst wurde. Ein übermäßiger Substanzkonsum, in diesem Falle eine Alkoholabhängigkeit, wird nur von einer Frau schon bis zu einem Alter von 12 Jahren beschrieben. Im Jugendalter nimmt missbräuchlicher Substanzkonsum erheblich zu und erreicht bei einigen auch das Ausmaß einer Abhängigkeit. Im Erwachsenenalter verdoppelt sich der Anteil Betroffener im Vergleich zum Jugendalter noch einmal.

Tabelle 7.8: Prävalenzraten der erfassten substanzbezogenen Störungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter sowie Ein-Jahres-Prävalenz

Störung	Kindesalter bis 12	Jugendalter 13 bis 17	Erwachsenenalter ab 18	Ein-Jahres- Prävalenz
	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)	n % (95%-CI)
Substanzmissbrauch und -abhängigkeit	1 0,05 (0,01-0,34)	18 0,9 (0,55-1,38)	37 1,8 (1,30-2,47)	24 1,2 (0,78-1,73)
Alkoholabhängigkeit	1 0,05 (0,01-0,34)	2 0,1 (0,02-0,39)	7 0,3 (0,16-0,71)	3 0,1 (0,05-0,45)
Alkoholmissbrauch	0	9 0,4 (0,23-0,84)	12 0,6 (0,33-1,02)	8 0,4 (0,19-0,77)
Medikamentenabhängigkeit	0	1 0,05 (0,01-0,34)	3 0,2 (0,05-0,45)	3 0,1 (0,05-0,45)
Medikamentenmissbrauch	0	0	1 0,05 (0,01-0,34)	1 0,0 (0,00-0,34)
Drogenabhängigkeit	0	2 0,1 (0,02-0,39)	11 0,5 (0,30-0,96)	8 0,4 (0,19-0,77)
Drogenmissbrauch	0	4 0,2 (0,07-0,52)	6 0,3 (0,13-0,65)	3 0,1 (0,05-0,45)

Alkoholmissbrauch und Drogenabhängigkeit sind dabei die beiden häufigsten Diagnosen innerhalb unserer Stichprobe. Da diese Diagnosen nur auf den Angaben der Befragten beruhen, ist zu vermuten, dass tatsächlich eine höhere Anzahl Personen Probleme in diesem Bereich hat. Da Medikamentenmissbrauch nur einmal diagnostiziert wurde, kann diese Störung bei der Betrachtung einzelner Störungen nicht einbezogen werden, fließt aber in die Gruppe substanzbezogener Störungen ein.

7.1.3 Zusammenfassung und Diskussion

In diesem Abschnitt wurde der ersten Frage nachgegangen (vgl. Kapitel 5, S.95):

Frage (1): Wie häufig werden die erfassten Störungen für die unterschiedenen Altersbereiche von den untersuchten jungen Frauen berichtet?

Insgesamt berichteten über 40% der jungen Frauen, irgendwann in ihrem Leben von einer psychischen Störung betroffen gewesen zu sein. Knapp ein Viertel erinnerte sich, dass psychische Probleme bereits im Kindesalter bestanden. Dieses Ergebnis zeigt eine relativ hohe Prävalenz psychischer Probleme im Kindesalter innerhalb unserer Stichprobe an. Die hier beobachtete Häufigkeitsrate psychischer Störungen im Kindesalter liegt aber trotzdem noch innerhalb des Schwankungsbereiches der durch Ergebnisse anderer Studien angedeutet wird. In Tabelle 7.9 (S.130) sind die Prävalenzraten, die in den betrachteten Studien für die im Kindesalter besonders häufigen Störungen noch einmal aufgeführt und den hier ermittelten Werten gegenübergestellt. Dabei wurden bei mehreren Angaben jeweils diejenigen Prävalenzraten gewählt, die den Bedingungen unserer Studie am ähnlichsten waren, also z.B. wurde die Rate für Mädchen angegeben, wenn diese vorhanden war, oder es wurde die Rate, die auf Basis der Angaben der Kinder ermittelt wurde, aufgeführt, wenn verschiedene Informanten befragt worden waren, bzw. wurde die Lebenszeitprävalenz angegeben, wenn diese für Jugendliche oder Kinder genannt war. Beinahe 20% der jungen Frauen berichteten vom Vorliegen einer Angststörung im Kindesalter und jeweils knapp 4% von einer expansiven Störung oder von einer Ausscheidungsstörung. Affektive, somatoforme, Ess- und Substanzstörungen wurden für das Kindesalter deutlich seltener berichtet.

Hinsichtlich TAS, Sozialer und Spezifischer Phobien sind die hier ermittelten Häufigkeitsraten ebenfalls mit den Ergebnissen anderer Studien vergleichbar. Dabei muss auch hier noch einmal auf die große Schwankungsbreite der Prävalenzbeobachtungen in anderen Studien hingewiesen werden, und auch die unterschiedlichen betrachteten Zeitfenster erschweren eine Vergleichbarkeit erheblich. Allerdings deutet sich für die Angststörungen insgesamt eine mögliche Überschätzung der Prävalenz an. Ursachen hierfür könnten in der retrospektiven Erfassung des Beginns einer Problematik liegen, was ab einer gewissen Dauer des Bestehens einer Symptomatik zu einer zu niedrigen Schätzung des Alters bei Beginn führen kann. Eine andere mögliche Erklärung könnte auch sein, dass aufgrund der alleinigen Befragung der Betroffenen selbst eine genauere Schätzung der Rate für Angststörungen ermittelt wurde und die Ergebnisse anderer Studien, bei denen auch die Angaben anderer Beurteiler eingehen, eher eine Unterschätzung der Prävalenz widerspiegeln. Inwieweit eine Unterschätzung des Erstauftretensalters vorliegt, wird in Abschnitt 7.2.2 genauer untersucht.

Tabelle 7.9: Prävalenzraten (in %) anderer Studien im Vergleich mit der vorliegenden Arbeit

Studie	irgend- eine Störung	Angst- störung	TAS	SPP	SP	Expa. Störung	ADHS	SOT	SSV	Enuresis
GSMS	15,54	6,96	4,30	0,42	0,83	3,50	0,95	2,33	1,13	2,48
Dunedin	13,6	--	5,1	3,2	1,6	--	2,1	3,5	1,6	--
	25,9	--	2,6	5,4	0,9	--	1,3	2,6	7,4	--
NYS	--	--	9,5	17,8	10,1	--	8,3	--	5,5	--
NIMH-MECA	19,6	12,3	2,7	2,0	3,7	4,7	1,2	1,9	2,7	1,1
QCMHS	15,3	9,2	4,9	3,2	--	--	3,8	3,6	1,9	--
	14,6	5,8	1,8	1,3	--	--	4,3	5,8	1,9	--
	15,8	9,1	2,6	4,9	--	--	3,3	3,4	2,0	--
Wellbeing	--	--	--		--	--	8,8	--	1,9	--
BCMHS	5,9	3,1	1,0	1,0	0,2	--	0,4	2,1	0,1	--
	7,6	4,0	0,3	1,1	0,3	--	0,4	1,8	0,3	--
ZESCAP	22,48	11,42	0,75	5,8	4,7	6,5	5,25	2,09	--	--
BJS	41,9	21,8	--	17,7*	2,1	--	0,2	2,7	5,0	--
EDSP	--	20,3	--	10,3*	4,8	--	--	--	--	--
Schwankungs- bereich	5,9-41,9	3,1-21,8	0,3-9,5	0,42- 17,8	0,2-10,1	3,5-6,5	0,2-8,8	1,9-5,8	0,1-5,5	1,1-2,48
Kindesalter	23,9	18,7	2,0	9,6	6,6	3,7	1,5	2,3	0,4	3,5

Anmerkung: Mit „Wellbeing“ wurde die Studie (6) National Survey of Mental Health and Wellbeing (Child and Adolescent Component) bezeichnet. SPP – Spezifische Phobie, SP – Soziale Phobie. Hinter „Kindesalter“ sind noch einmal die Prävalenzraten aus der vorliegenden Arbeit für das Alter bis 12 Jahren aufgeführt.

Expansive Störungen wurden von 3,7% der jungen Frauen für das Kindesalter berichtet. Diese Beobachtung liegt ebenfalls innerhalb des durch andere ähnlich angelegte Studien vorgegebenen Schwankungsbereichs - wenn auch an der unteren Grenze. Auch ADHS und SOT wurden in vergleichbarer Häufigkeit berichtet. Relativ selten im Vergleich mit anderen Studien berichteten die hier untersuchten jungen Frauen von einer SSV bis zum 12. Lebensjahr oder auch im Jugendalter. Dieses Ergebnis könnte darauf zurückgeführt werden, dass nur die eigenen Angaben der Betroffenen erfasst wurden und keine Fremdbeurteilung herangezogen wurde (vgl. Egan, 1992). Das Heranziehen von Fremdbeurteilern erscheint für die Diagnostik expansiver Störungen – zumindest im Kindesalter selbst – sehr wesentlich, da ansonsten eine Unterschätzung der Prävalenz wahrscheinlich ist. Enuresis wurde häufiger als in den anderen epidemiologischen Studien berichtet. In den Feldstudien zum DSM-IV (1989) fanden sich 3% Betroffene bei fünfjährigen Mädchen und 2% Betroffene bei zehnjährigen Mädchen, Warzak (1993) fand für Kinder sogar Raten bis zu 20% mit Enuresis. Die gefundene Prävalenzrate spricht also nicht für eine Überschätzung der Häufigkeit. Depressive Störungen liegen hinsichtlich der erinnerten Auftretensrate ebenfalls innerhalb des Schwankungsbereichs, der durch andere Studien angedeutet wird, wobei auch hier an der unteren Grenze. Die Prävalenzraten für das Kindesalter schwanken bei depressiven Störungen zwischen 0,5 und 4,7%; die hier gefundene Rate von 0,7% liegt also ganz am unteren Rand

dieses Bereiches. Die Prävalenzangaben für das Jugendalter liegen zwischen 0,66 und 11,6%, die hier ermittelten Prävalenzen von 1,3% für Dysthymie und 4,3% für SDS liegen damit auch innerhalb dieses Schwankungsbereiches. Für das junge Erwachsenenalter finden sich Angaben von 11,5 und 11,6% (NYS, EDSP). Die Rate von rund 10% in der vorliegenden Studie ist damit diesen Zahlen ebenfalls ähnlich. Ess- und Substanzstörungen sind im Kindesalter sehr selten (vgl. Kapitel 4: Ess-Störungen: Bulimie 0,07% GSMS; Substanzstörungen: 0,13% GSMS, 2,0% NIMH-MECA, 0,29% ZESCAP). Ess- und Substanzstörungen wurden für das Kindesalter nur selten erinnert. Für das Jugendalter lassen sich die Zahlen aus der BJS und der EDSP als Vergleichszahlen heranziehen. In der BJS wurden bei 9,1% der befragten jungen Mädchen eine Substanzstörung diagnostiziert und in der EDSP bei 8,8%. Die Raten sind für das Jugendalter in der vorliegenden Arbeit mit 0,9% und das junge Erwachsenenalter mit 1,8% deutlich niedriger. Inwieweit dies darauf hinweist, dass diese Prävalenzrate eine Unterschätzung darstellt oder die Raten in der BJS und der EDSP aufgrund des eingesetzten Instruments überschätzt werden, kann nicht abschließend geklärt werden. Zu somatoformen Störungen konnten für das Kindesalter keine Vergleichszahlen gefunden werden. Somatoforme Störungen wurden in der BJS bei 15,5% der Befragten festgestellt und in der EDSP bei 2,3%. In der BJS sind 12,4% von einer Undifferenzierten Somatoformen Störung betroffen, was in der EDSP, wo das gleiche Instrument eingesetzt wurde, als unerschwellige Störung beschrieben wird. Das hieße also, dass in der BJS eigentlich nur 3,1% an einer klinisch relevanten somatoformen Störung leiden. In der vorliegenden Studie wurde für das Jugendalter eine Rate von 1,1% und für das junge Erwachsenenalter von 2,9% ermittelt. Diese Zahlen können also als vergleichbar eingeschätzt werden.

Insgesamt können die beobachteten Prävalenzraten als vergleichbar mit denen anderer Studien eingeschätzt werden, wobei hinsichtlich Angststörungen eine leichte Prävalenzüberschätzung und hinsichtlich expansiver Störungen eine leichte Prävalenzunterschätzung nicht auszuschließen sind.

7.2 Erstaufretensalter und altersbezogene Häufigkeit psychischer Störungen

7.2.1 Erstaufretensalter psychischer Störungen

Für die Betrachtung von Zusammenhängen psychischer Störungen im Kindesalter mit psychischen Störungen im Erwachsenenalter ist die zeitliche Aufeinanderfolge ein wesentliches Merkmal. Als Voraussetzung für die weitere Auswertung ist es notwendig, das Alter bei Beginn bzw. erstem Auftreten einer Störung zu ermitteln. Sinnvoll erscheinen dabei sowohl die Betrachtung des durchschnittlichen Alters bei Beginn als auch der Median des Auftretensalters. Tabellen 7.10 bis 7.13 zeigen Mittelwert und Median des Auftretensalters der erfassten Störungen. Die einzelnen Störungen sind vom frühesten mittleren Beginn aufsteigend zum späteren durchschnittlichen Erstaufretensalter geordnet. Es werden dabei zum einen die Werte für alle irgendwann in ihrem Leben von der jeweiligen Störung betroffenen Probandinnen angegeben, zum anderen werden auch diejenigen Werte aufgeführt, die sich ergeben, wenn man diejenigen Probandinnen außer Acht lässt, die keinen konkreten Beginn erinnern konnten, sondern angaben, dass sie „schon immer“ unter der jeweiligen Störung litten.

Sehr früh liegt definitionsgemäß der Beginn bei der TAS. Ähnlich zeitig beginnen aber auch Spezifische Phobien. Bei dieser Störung gibt es eine Vielzahl verschiedener spezifischer gefürchteter Auslöser, so dass eine gesonderte Betrachtung nach Arten Spezifischer Phobien angezeigt ist (Tabelle 7.11, S.134). Bei Spezifischen Phobien wirkt sich die Unterscheidung, ob ein konkreter Beginn erinnert wird oder nicht am stärksten aus. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Einbeziehung der Fälle, die „schon immer“ an einer Störung litten, und ihre Kodierung mit „1“ für das Alter bei Beginn (vgl. Abschnitt 6.6) führt vermutlich zu einer gewissen Unterschätzung des durchschnittlichen Erstaufretensalters. Das Ignorieren dieser Fälle führt aber andererseits zu einer Überschätzung des Erstaufretensalters. Bei Spezifischen Phobien gaben 46 Betroffene an, „schon immer“ unter der Symptomatik zu leiden. Bei Sozialen Phobien berichteten 27 Betroffene, dass sie sich nicht an einen konkreten Beginn erinnern können, sondern den Eindruck haben, dass die Störung „schon immer“ bestand. Bei TAS gaben vier Betroffene an, „schon immer“ an der Symptomatik gelitten zu haben, bei Agoraphobie waren dies drei Personen und bei Zwangsstörung zwei.

Zwangsstörungen und Soziale Phobien haben beide ihren mittleren erinnerten Beginn im 12. Lebensjahr. PTB beginnen im Durchschnitt im 14. Lebensjahr, wobei dieses Ergebnis auch eine Durchmischung von frühen Traumata und späteren, um das 17. oder 18. Lebensjahr herum stattfindenden traumatischen Ereignissen sein kann. Bei Agoraphobie ohne Panikstörung liegt der mittlere Beginn im 15. Lebensjahr, der Median aber bei 17 Jahren. Das heißt, dass es einige Personen gibt, die sich an einen sehr frühen Beginn erinnern, dass aber die Hälfte aller Betroffenen die Störung erstmals nach Vollendung des 17. Lebensjahres beschreibt. Frauen mit einer Panikstörung mit bzw. ohne Agoraphobie beschreiben einen zeitgleichen Beginn ihrer Probleme. Diese Beobachtung legt nahe, diese zwei Diagnosen für weitere zeitliche Betrachtungen als Panikstörung zusammenzufassen und auf die Unterscheidung mit oder ohne Agoraphobie zu verzichten. Einen geringfügig späteren Beginn weist die

GAS auf. Die sogenannten Zustandsängste (Panik und GAS) weisen also einen späteren Beginn auf als die situationsabhängigen Ängste. Bemerkenswert ist auch, dass von einer PTB, Panikstörung ohne Agoraphobie oder GAS Betroffene stets einen konkreten Beginn ihrer Probleme erinnern konnten (kein Unterschied zwischen Altersangaben bei „allen Betroffenen“ und bei Ausschluss derer, die als Beginn „schon immer“ angegeben hatten).

Tabelle 7.10: Mittelwert und Median des Auftretensalters der Angststörungen in Jahren

Störung	Mittelwert (Standard- abweichung)	Median	Mittelwert (Standard- abweichung)	Median
	alle Betroffenen		Betroffene, die Alter bei Beginn konkret erinnern (ohne „schon immer“)	
TAS	6,00 (3,12)	6	6,53 (2,80)	6
Spezifische Phobie	7,88 (6,46)	6	10,30 (5,83)	10
Zwangsstörung	11,33 (6,20)	12	12,16 (5,65)	12
Soziale Phobie	11,38 (5,41)	12	12,62 (4,27)	13
PTB	13,77 (4,62)	14	13,77 (4,62)	14
Agoraphobie ohne Panikstörung	14,67 (6,14)	17	15,52 (5,24)	17
Panikstörung mit Agoraphobie	17,06 (3,15)	18	17,06 (3,15)	18
Panikstörung ohne Agoraphobie	17,07 (4,25)	18	17,07 (4,25)	18
GAS	17,91 (4,03)	19	17,91 (4,03)	19

Innerhalb der Spezifischen Phobien treten Phobien vor Dunkelheit oder Feuer am frühesten auf. Tierphobien und Phobien vor Geräuschen oder Kostümen folgen dann. Der Median liegt bei allen drei Phobiearten unterhalb des Mittelwertes. Also erinnert sich die Hälfte der Betroffenen an einen Beginn bis zum Alter von 2 Jahren (sonstige), 3 Jahren (Geräusche/ Kostüme) bzw. 4 Jahren (Tiere). Das bedeutet, dass ca. die Hälfte dieser Betroffenen beschreiben, dass sie sich nicht an eine Zeit ohne das jeweilige Problem erinnern können. Dann folgen Phobien vor Blut, Verletzungen und Spritzen und umweltbezogene Phobien. Der Median liegt für diese beiden Phobiegruppen bei 6 Jahren. Einen Median von 7 Jahren weisen körperbezogene Phobien auf, wobei der Mittelwert bei fast 9 Jahren liegt. Deutlich später wird der Beginn von situativen Phobien und Prüfungsangst beschrieben, wobei der Beginn

von Prüfungsängsten stets konkret erinnert werden konnte. Diese Darstellung zeigt, wie heterogen die Spezifischen Phobien neben dem jeweiligen Auslöser auch in Hinblick auf ihr Auftretensalter sind.

Tabelle 7.11: Mittelwert und Median des Auftretensalters der verschiedenen Spezifischen Phobien in Jahren

Auslöser	Mittelwert (Standard- abweichung)	Median	Mittelwert (Standard- abweichung)	Median
	alle Betroffenen		Betroffene, die Alter bei Beginn konkret erinnern (ohne „schon immer“)	
Feuer/ Dunkelheit	5,20 (6,38)	2	8,00 (7,21)	6
Tiere	5,50 (5,21)	4	8,07 (4,95)	6,5
Geräusche/ Kostüme	5,60 (5,98)	3	6,75 (6,24)	4
Blut/ Spritzen	6,96 (5,31)	6	8,49 (4,89)	7
Umwelt (Höhen, Wasser, Stürme)	7,78 (6,34)	6	10,61 (5,43)	10
Körperbezogen (medizinische Untersuchungen, Erbrechen, An- steckung)	8,80 (5,61)	7	10,21 (4,91)	10
Situativ (enge Räume, Auto, Flugzeug, Schiff)	13,12 (7,53)	15,5	15,43 (5,80)	17
Prüfungen	17,67 (0,58)	18	17,67 (0,58)	18

Tabelle 7.11 zeigt deutlich die erhebliche zeitliche Verschiebung bei Nicht-Beachtung derjenigen Fälle, die sich nicht an einen konkreten Beginn erinnern konnten, sondern das Bestehen der Symptomatik als „schon immer“ beschrieben. Am frühesten liegt dann der Beginn von Ängsten vor Geräuschen und Kostümen, gefolgt von Ängsten vor Feuer und Dunkelheit, Ängsten vor Tieren und hinsichtlich Blut und Spritzen. Als etwas später liegend wird der Beginn von umwelt- und körperbezogenen Ängsten berichtet. Der späteste Beginn wird weiterhin für situative und Prüfungsängste berichtet.

Die Gruppe der Angststörungen ist hinsichtlich des Erstauftretensalters sehr heterogen. Vor allem bei phobischen Störungen wurde nicht selten kein konkreter Beginn erinnert, sondern das Bestehen der Symptomatik als „schon immer“ beschrieben. Die Verschiebung beim durchschnittlichen Erstauftretensalter, die sich bei der Betrachtung derjenigen Probandinnen ergibt, die ein konkreteres Alter bei Beginn berichten, geht nicht mit einer Verschiebung innerhalb der Reihenfolge des Auftretens beim Vergleich der verschiedenen Angststö-

rungen untereinander einher. Bei den Angststörungen werden also nur TAS, Spezifische Phobie, Zwangsstörung und Soziale Phobie auf Einzelstörungsebene betrachtet, da nur bei diesen vier Störungen der mittlere Beginn oder der Median des Auftretensalters bei maximal 12 Jahren liegen.

ADHS und Funktionelle Enuresis weisen ihren Beginn im 6. Lebensjahr auf, wobei der Median bei Enuresis bei 5 Jahren liegt (Tabelle 7.12). Da nur ein Fall von Enkopresis vorlag, wird dieser nicht weiter betrachtet. Die SOT beginnt im Durchschnitt im 8. Lebensjahr, wobei sich der Median bei 7 Jahren befindet. Deutlich später tritt die SSV auf. Im Mittel beginnt sie im 12. Lebensjahr, weist aber einen Median von 13 Jahren für das Alter bei Beginn auf. Es können also alle Störungen auch in einzelne Betrachtungen eingehen, da die gestellte Bedingung (mittlerer Beginn oder Median maximal 12) für alle Störungen erfüllt ist. Bei diesen Störungen wirkte sich die Differenzierung, ob eine Störung „schon immer“ bestand oder ein konkreter Beginn erinnert werden kann, nur bei ADHS und SOT aus. Bei diesen Störungen gaben jeweils drei Betroffene an, sich nicht an einen konkreten Beginn erinnern zu können, sondern „schon immer“ unter der Symptomatik gelitten zu haben. Auf das durchschnittliche Erstauftretensalter und den Median für das Erstauftretensalter hat dies nur geringfügige Auswirkungen.

Tabelle 7.12: Mittelwert und Median des Auftretensalters expansiver Störungen und der Enuresis in Jahren

Störung	Mittelwert (Standard- abweichung)	Median	Mittelwert (Standard- abweichung)	Median
	alle Betroffenen		Betroffene, die Alter bei Beginn konkret erinnern (ohne „schon immer“)	
ADHS	5,45 (2,73)	6	5,93 (2,42)	6
Funktionelle Enuresis	5,78 (1,61)	5	5,78 (1,61)	5
SOT	7,90 (4,35)	7	8,26 (4,16)	8
SSV	11,47 (4,39)	13	11,47 (4,39)	13

In Tabelle 7.13 sind mittlerer Beginn und Median des Auftretensalters für affektive, somatoforme, Ess- und substanzbezogene Störungen zusammengestellt. Bei diesen Störungen gab es nur bei der Dysthymen Störung eine Probandin, die berichtete, „schon immer“ unter der Symptomatik zu leiden; ansonsten wurde immer ein konkreteres Erstauftrittsalter berichtet, was sich wiederum darin zeigt, dass zwischen den Altersangaben kein Unterschied besteht.

Tabelle 7.13: Mittelwert und Median des Auftretensalters affektiver, somatoformer, Ess- und substanzbezogener Störungen in Jahren

Störung	Mittelwert (Standard- abweichung)	Median	Mittelwert (Standard- abweichung)	Median
	alle Betroffenen		Betroffene, die Alter bei Beginn konkret erinnern (ohne „schon immer“)	
Dysthyme Störung	13,69 (4,63)	15	14,06 (4,13)	15
Zyklothyme Störung	15,67 (2,08)	15	15,67 (2,08)	15
Major Depression	18,37 (3,02)	19	18,37 (3,02)	19
Bipolare Störung	19,43 (1,79)	20	19,43 (1,79)	20
Somatoforme Schmerzstörung	17,52 (3,42)	18	17,52 (3,42)	18
Konversionsstörung	18,33 (1,50)	18	18,33 (1,50)	18
Hypochondrie	19,25 (1,67)	19	19,25 (1,67)	19
Anorexia Nervosa	17,25 (3,01)	17	17,25 (3,01)	17
Bulimia Nervosa	17,90 (2,52)	18	17,90 (2,52)	18
Alkoholmissbrauch	16,80 (2,46)	16	16,80 (2,46)	16
Drogenmissbrauch	17,00 (1,00)	17	17,00 (1,00)	17
Alkoholabhängigkeit	18,33 (4,69)	20	18,33 (4,69)	20
Drogenabhängigkeit	18,45 (1,69)	19	18,45 (1,69)	19
Medikamentenabhängigkeit	19,00 (2,58)	19	19,00 (2,58)	19

Innerhalb der Gruppe affektiver Störungen liegen der Beginn von Dysthymie und Zykllothymie Störung einerseits und der Beginn von Major Depression und Bipolarer Störung jeweils dicht beieinander. Die beiden eher kontinuierlich verlaufenden Störungen weisen dabei einen früheren Beginn auf als die episodisch verlaufenden Störungen.

Das Alter bei Beginn der übrigen drei Störungsgruppen (somatoforme, Ess-, substanzbezogene Störungen) liegt eng beieinander. Dies deutet bezüglich des Erstauftretensalters eine höhere Homogenität innerhalb der Störungsgruppen an, als dies bei Angststörungen oder affektiven Störungen der Fall ist. Der Beginn aller drei beobachteten somatoformen Störungen liegt in unserer Stichprobe bei 18 bzw. 19 Jahren, wenn man den Median betrachtet. Bezieht man sich auf den durchschnittlichen Beginn, so liegt dieser bei Somatoformer Schmerzstörung im 18. Lebensjahr, bei Konversionsstörung im 19. Lebensjahr und bei Hypochondrie im 20. Lebensjahr.

Einen etwas früheren Beginn als somatoforme Störungen weisen in unserer Stichprobe Ess-Störungen auf, wobei der Median des Alters bei Beginn bei Anorexie bei 17 Jahren liegt und diese Störung damit einen früheren Beginn aufweist als Bulimie, bei der der Median des Erstauftretensalters bei 18 Jahren liegt. Die Mittelwerte des Erstauftretensalters liegen für beide Störungen innerhalb des 18. Lebensjahres.

Bei substanzbezogenen Störungen wird Substanzmissbrauch zwischen 16 und 17 Jahren erstmals diagnostiziert. Eine Substanzabhängigkeit wird im Durchschnitt in einem Alter zwischen 18 und 19 Jahren erstmals festgestellt, wobei der Median des Störungsbeginns von 19 bzw. 20 Jahren darauf hinweist, dass es einige mit früherem Störungsbeginn gibt, dass aber die Hälfte der Betroffenen erst nach Vollendung des 19. bzw. 20. Lebensjahres einen solchen Substanzkonsum aufweist, dass von einer Abhängigkeit ausgegangen werden muss.

7.2.2 Altersbezogene Häufigkeit und kumulierte Lebenszeitinzidenz psychischer Störungen

Da die jüngsten Teilnehmerinnen zum Zeitpunkt der Untersuchung 18 Jahre alt waren, ist dieses Alter die Höchstgrenze, bis zu der in dieser Arbeit eine altersbezogene Prävalenzrate über alle Teilnehmerinnen hinweg sinnvoll betrachtet werden kann. Dabei gehen das erinnerte Auftretensalter und gegebenenfalls das Alter ein, bis zu dem ein geschildertes Problem klinische Bedeutsamkeit hatte, also der Zeitpunkt einer möglichen (Spontan-)Remission. Da wir nicht wissen, ob die zum Erhebungszeitpunkt 18-Jährigen auch im Folgejahr noch die gleiche Diagnose erfüllen würden, können derartige altersbezogene Betrachtungen nur bis zu diesem Alter erfolgen. Bei der Ermittlung der kumulierten Lebenszeitinzidenz wird mit diesem Problem durch Schätzungen umgegangen. Beide Betrachtungsweisen (altersbezogene Häufigkeit und kumulierte Lebenszeitinzidenz) erscheinen interessant und aufschlussreich und sollen daher auch hier nebeneinander dargestellt werden.

Abbildung 7.3 zeigt eindrucksvoll, dass TAS um das 8. bzw. 9. Lebensjahr herum ihre größte Häufigkeit aufweist und dann seltener diagnostiziert wird. Spezifische Phobien weisen

bis zu einem Alter von 7 Jahren einen recht starken Zuwachs auf, dieser flacht sich dann deutlich ab. Bis zu einem Alter von etwa 14 Jahren nimmt die Rate Spezifischer Phobien noch weiter zu, wenn auch geringfügig. Ab diesem Alter scheint dann eine etwa gleichbleibende Häufigkeit bis ins Erwachsenenalter zu bestehen. Soziale Phobien weisen etwa vom Alter des Schuleintritts bis zu einem Alter von 14 Jahren einen deutlichen Anstieg auf. Auch bei dieser Störung scheint dann ein gewisses Plateau erreicht zu sein und keine erhebliche weitere Prävalenzsteigerung zu erfolgen. Agoraphobien weisen ebenfalls um das 7. Lebensjahr herum einen gewissen Zuwachs auf, vor allem aber treten Agoraphobien offenbar vermehrt bei 16- und 17-Jährigen auf. Eine mögliche Erklärung könnte hier die zunehmende Loslösung der Jugendlichen vom Elternhaus in diesem Alter sein, die offenbar mit Ängsten bezüglich Alleinsein oder Hilflosigkeit verbunden sein kann.

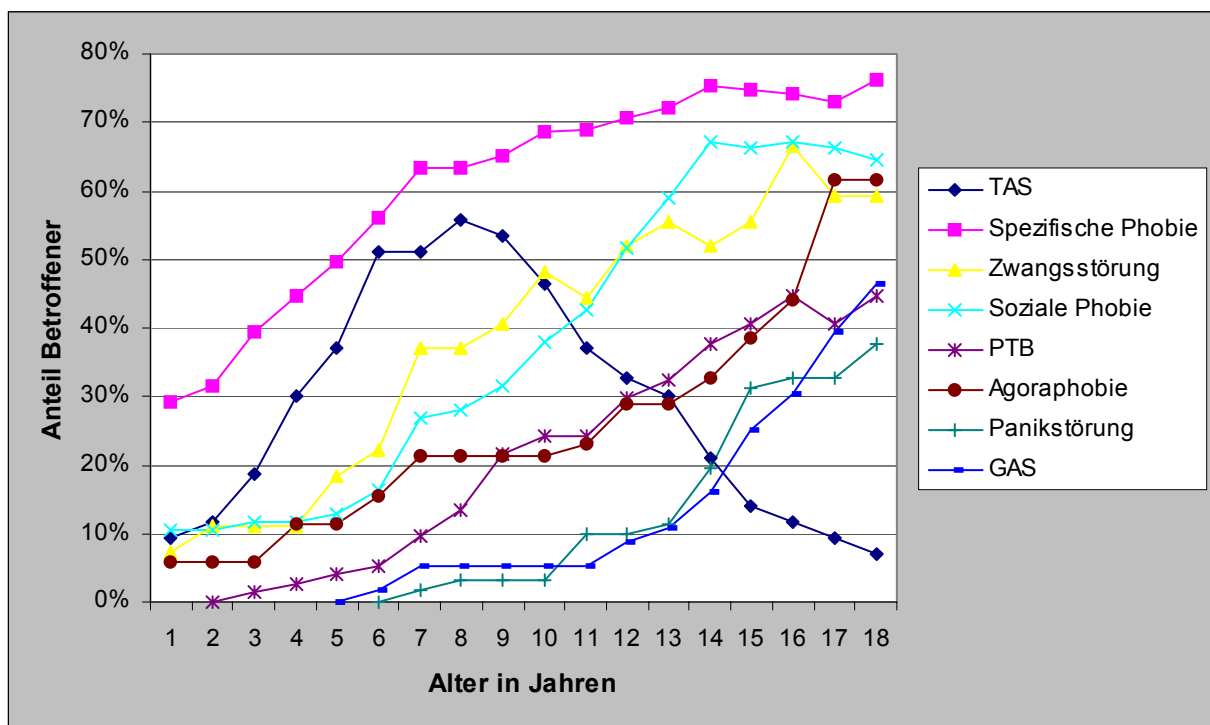


Abbildung 7.3: Altersbezogene Häufigkeiten der Angststörungen, Alter von 1 – „schon immer“

Bei Zwangsstörungen ist in Abbildung 7.3 im Großen und Ganzen vom Kindergartenalter bis zum Alter von 18 Jahren ein stetiger Zuwachs zu verzeichnen. Die in der Abbildung erkennbaren Zacken sind Einzelfällen geschuldet, die offenbar die Störung im Kindesalter hatten, im Laufe des Jugendalters aber nicht mehr daran litten. Bei den anderen Störungen werden solche möglichen Fälle durch neu auftretende Fälle aufgewogen, wie sich das letztlich ja auch bei der Zwangsstörung in dem insgesamt kontinuierlichen Anstieg zeigt. Panikstörung und GAS weisen einen ähnlichen altersbezogenen Häufigkeitsverlauf auf. Hinsichtlich der PTB ist in Abbildung 7.3 nicht zu erkennen, dass Traumata in einem bestimmten Alter gehäuft auftreten. Allerdings geht hier auch das Fortbestehen der damit verbundenen Problematik ein, so dass dieser Faktor möglicherweise verwischt wird. Mit Ausnahme der TAS ist also für alle Angststörungen insgesamt ein Häufigkeitsanstieg vom Kindes- zum Erwachsenenalter hin zu beobachten.

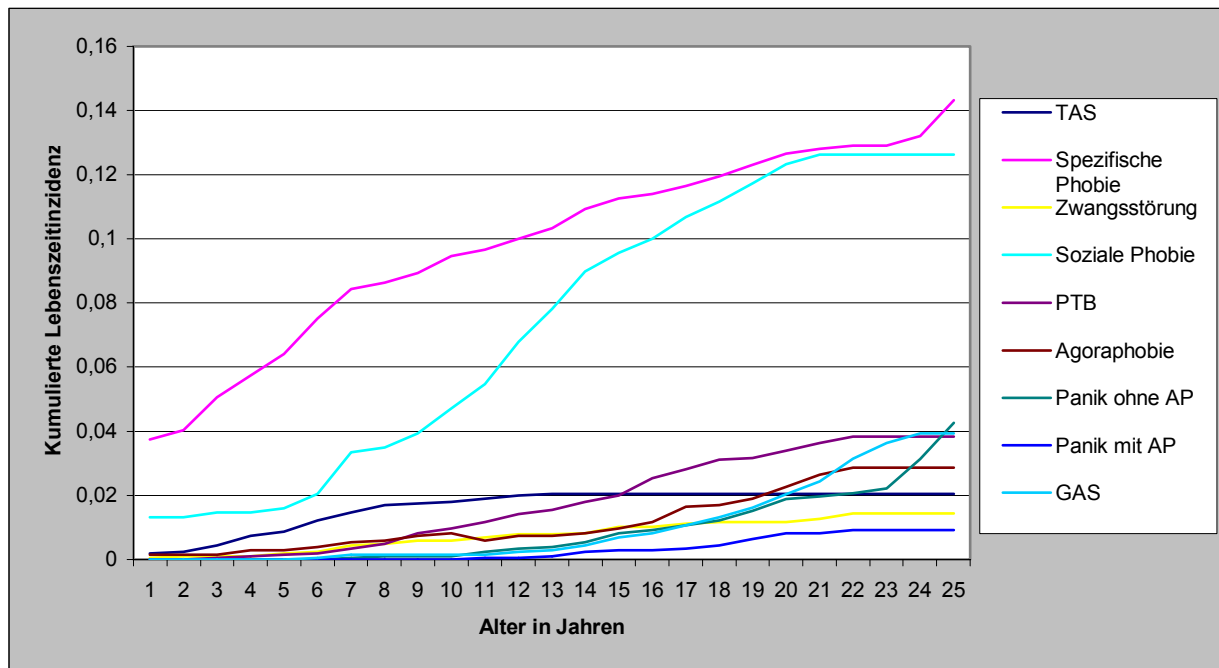


Abbildung 7.4: Kumulierte Lebenszeitinzidenzen der erfassten Angststörungen (AP – Agoraphobie)

Abbildung 7.4 ermöglicht auch einen direkten Vergleich der Auftretenswahrscheinlichkeit zwischen den einzelnen Angststörungen. Spezifische und Soziale Phobien weisen eine sehr viel höhere Lebenszeitinzidenz auf als die anderen betrachteten Angststörungen. Spezifische Phobien scheinen auch mit Anfang 20 noch neu aufzutreten wohingegen Soziale Phobien dann keinen Zuwachs mehr erfahren. Allerdings ist dieser Vergleich aufgrund der nach oben begrenzten Altersgruppe nur eingeschränkt interpretierbar. Aber auch in Abbildung 7.4 zeigt sich für Spezifische Phobien (ähnlich wie in Abbildung 7.3) der stärkere Anstieg bis zu einem Alter von etwa 7 Jahren und dann ein kontinuierlicher weiterer aber etwas flacherer Anstieg der Auftretensrate. Bei Sozialen Phobien ist der auch bereits in Abbildung 7.3 erkennbare deutliche Zuwachs zwischen 7. und 14. Lebensjahr anhand des steileren Verlaufs der Kurve ersichtlich. Die TAS weist nur etwa bis zu einem Alter von 8 Jahren eine steigende Inzidenzrate auf, was auch in der rückläufigen altersbezogenen Häufigkeit ab einem Alter von 8 Jahren abgebildet wurde. Bei der PTB zeigt sich auch in Abbildung 7.4 der allmähliche Zuwachs, was auf eine relative Altersunabhängigkeit des ersten Auftretens bzw. des Erlebens eines Traumas hinweist. Die übrigen Angststörungen weisen einen späteren typischen Beginn auf, der sich in einem später liegenden Anstieg der Kurve niederschlägt. Außerdem deutet sich, wie eingangs dieses Abschnitts beschrieben, eine insgesamt niedrigere Lebenszeitinzidenz für diese Angststörungen im Vergleich mit Spezifischer und Sozialer Phobie an.

Deutlich anders dürften die Häufigkeitsverläufe und kumulierten Lebenszeitinzidenzen bei expansiven und Ausscheidungsstörungen ausfallen, da diese per Definition vorwiegend im Kindes- und Jugendalter bestehen. Diese Kurven sind in Abbildung 7.5 und 7.6 dargestellt.

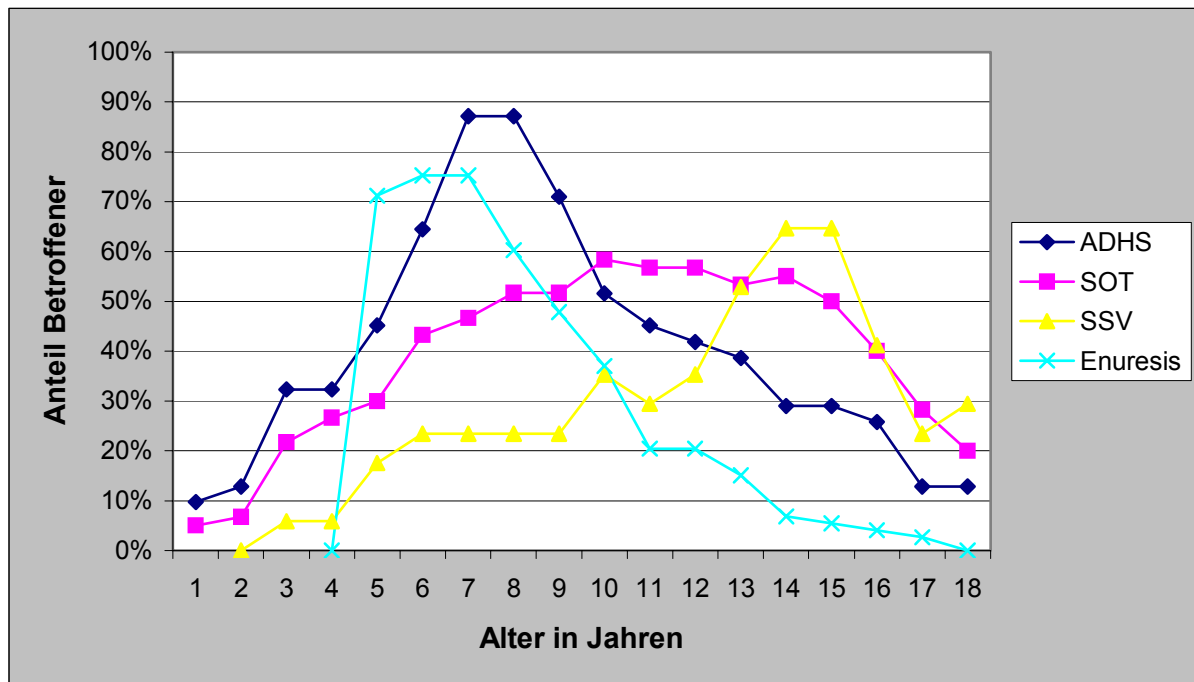


Abbildung 7.5: Altersbezogene Häufigkeiten von expansiven Störungen und Enuresis, Alter von 1 – „schon immer“

Bei Abbildung 7.5 fällt als erstes auf, dass hier alle dargestellten Prävalenzraten nach einem je nach Störung unterschiedlichen Alter mit der höchsten Auftretensrate bis zum Alter von 18 Jahren wieder abnehmen. Das ist ein Häufigkeitsverlauf wie er auch bei der TAS (vgl. Abbildung 7.3, S.138) auftrat, was die Zuordnung dieser Angststörung im DSM-IV zu den Störungen des Kindes- und Jugendalters unterstreicht. Der extreme Anstieg bei Enuresis von 4 zu 5 Jahren ist auf das Kriterium des erreichten Entwicklungsniveaus zurückzuführen, das beinhaltet, dass eine Enuresis nur diagnostiziert werden darf, wenn das Entwicklungsniveau einem Alter von 5 Jahren entspricht. Mit 5, 6 und 7 Jahren ist die Häufigkeit von Enuresis etwa gleichbleibend, damit liegt die Vermutung nahe, dass es sich um primäre Enuresis handelt (es war die Blasenkontrolle vorher noch nicht erreicht). Bis zum Alter von 11 Jahren ist ein extremer Abfall der Häufigkeitsrate zu beobachten, der sich dann etwas langsamer bis zum Alter von 14 Jahren fortsetzt, dann noch etwas flacher verläuft und schließlich im Alter von 18 Jahren in der betrachteten Stichprobe kein Fall von Enuresis mehr diagnostiziert wurde.

Bei den expansiven Störungen besteht bei der ADHS um das erste Schuljahr herum die höchste Auftretensrate, was ja die erste Zeit darstellt, in der längere Aufmerksamkeit und auch das Ruhigsitzen gefordert werden. Danach bestehen mit zunehmendem Alter immer weniger Fälle und ein kleiner Teil der ursprünglich Betroffenen weist die Symptomatik auch im Alter von 18 Jahren noch auf. Die SOT weist zwischen einem Alter von etwa 8 Jahren und ca. 15 Jahren eine relativ gleichbleibende Häufigkeitsrate auf. Danach wird die Störung seltener diagnostiziert, d.h., dass die jungen Frauen berichteten, dass die Problematik eben nur bis zu einem bestimmten Alter bestanden hatte. Die SSV hat die höchste Auftretensrate erst im Alter zwischen 14 und 15 Jahren, also vermutlich im Zusammenhang mit der Pubertät.

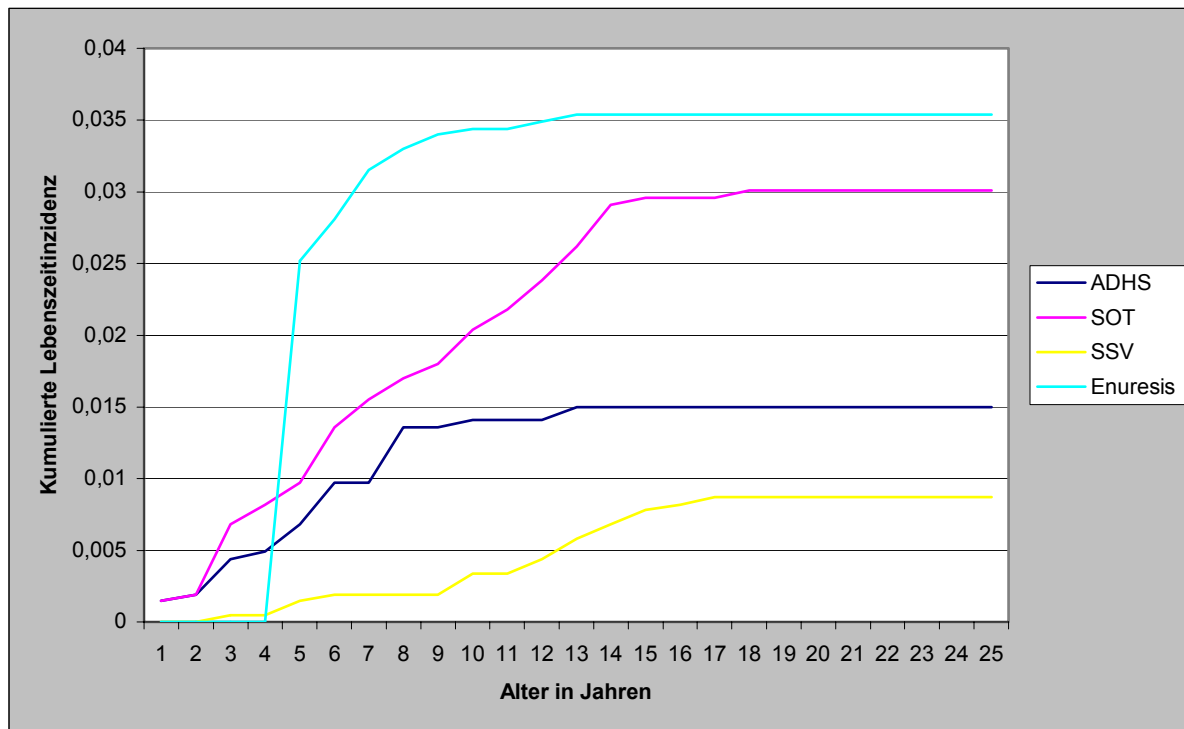


Abbildung 7.6: Kumulierte Lebenszeitinzidenzen von expansiven Störungen und Enuresis

Bei der Betrachtung von Abbildung 7.6 muss beachtet werden, dass hier für die kumulierte Lebenszeitinzidenz eine andere Skalierung besteht. Für alle in Abbildung 7.6 einbezogenen Störungen flacht sich die Kurve der kumulierten Lebenszeitinzidenz ab einem Alter von etwa 14 Jahren deutlich ab, was darauf hindeutet, dass dann keine neuen Fälle mehr auftreten. Insgesamt weisen Enuresis und SOT eine deutlich höhere Lebenszeitinzidenz auf als ADHS und SSV. Die Lebenszeitinzidenz in einem Alter von 25 Jahren von Enuresis und SOT ist ungefähr vergleichbar mit der von Agoraphobie. Die Lebenszeitinzidenz von ADHS liegt innerhalb der betrachteten Stichprobe ähnlich hoch wie bei Zwangsstörungen, und von SSV ist die Lebenszeitinzidenz vergleichbar mit der von Panikstörung mit Agoraphobie. Bei diesen Vergleichen ist aber zu beachten, dass für Enuresis und auch für die betrachteten expansiven Störungen die jeweilige kumulierte Lebenszeitinzidenz bereits mit etwa 14 Jahren ihren Höhepunkt erreicht und dann nicht mehr weiter ansteigt. Dieser Anstieg erfolgt bei den genannten Angststörungen erst in einem späteren Alter und setzt sich eventuell auch noch über das Alter von 25 Jahren hinweg fort, worüber allerdings an dieser Stelle aufgrund des Alters der betrachteten Stichprobe keine Aussagen möglich sind.

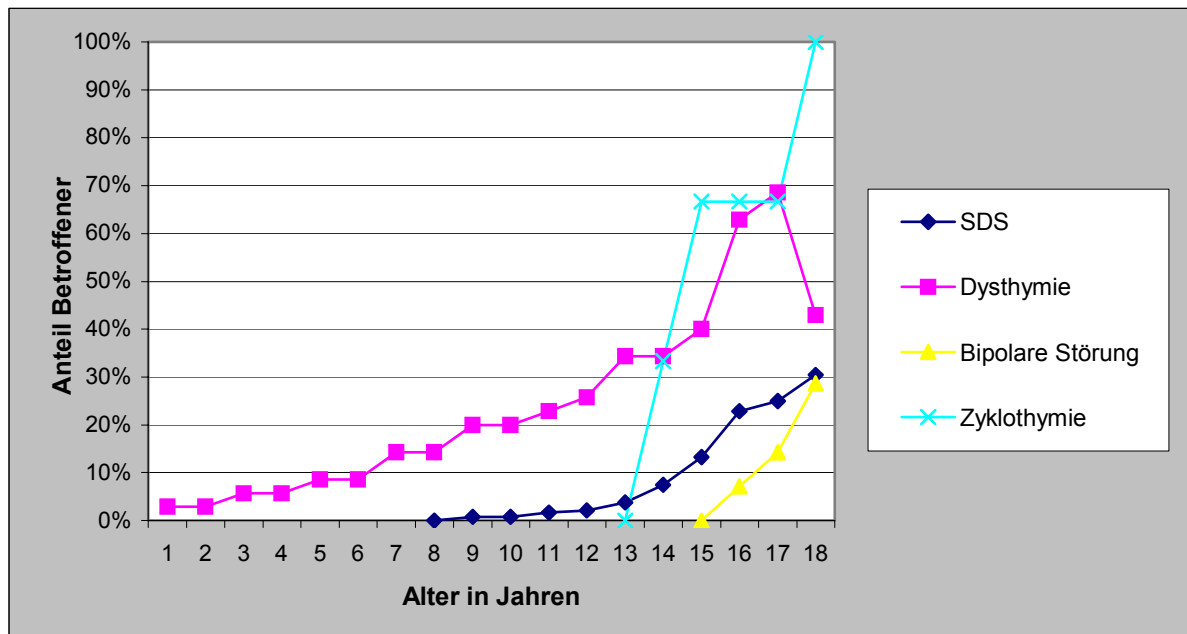


Abbildung 7.7: Altersbezogene Häufigkeiten der affektiven Störungen, Alter von 1 – „schon immer“

Abbildung 7.7 legt die Vermutung nahe, dass bipolare (Zykllothymie und Bipolare Störungen I und II) Störungen für das Kindesalter nicht erinnert werden. Nur die beiden depressiven Störungen wurden auch schon für das Kindesalter berichtet, wobei Dysthymie Störungen schon für ein deutlich früheres Alter erinnert werden als SDS. Auffällig ist dabei auch, dass bereits 70% der insgesamt diagnostizierten Fälle von Dysthymie bis zu einem Alter von 17 Jahren begonnen haben, wohingegen nur 30% der Fälle von Major Depression bis zu einem Alter von 18 Jahren begonnen haben. Überraschend erscheint der deutliche Prävalenzrückgang zwischen dem Alter von 17 und 18 Jahren bei Dysthymen Störungen. In Tabelle 7.5 (S.126) fand sich auch für das Jugendalter eine höhere Prävalenz als für das Erwachsenenalter (1,3% vs. 0,9%). Möglicherweise ging für diese jungen Frauen die Ablösung vom Elternhaus mit einer Befindensverbesserung einher. Insgesamt sollte dieses Ergebnis aber nicht überbewertet werden; der Prävalenzunterschied ist statistisch nicht signifikant.

Abbildung 7.8 (S.143) zeigt deutlich die erheblich höhere kumulierte Lebenszeitinzidenz von Schweren depressiven Störungen im Vergleich mit anderen affektiven Störungen. Damit liegt die kumulierte Lebenszeitinzidenz für SDS (mit rund 0,18) in einem Alter von 25 Jahren bei jungen Frauen auch höher als die für Spezifische und Soziale Phobien (mit einer kumulierten Lebenszeitinzidenz von etwa 0,14 bzw. 0,13, vgl. Abbildung 7.4, S.139). Dysthymien beginnen zwar teilweise auch schon früher als Schwere Depressionen, weisen aber bei 25-jährigen Frauen eine deutlich niedrigere kumulierte Lebenszeitinzidenz auf. Noch niedriger sind diese Raten für Bipolare und Zykllothyme Störungen.

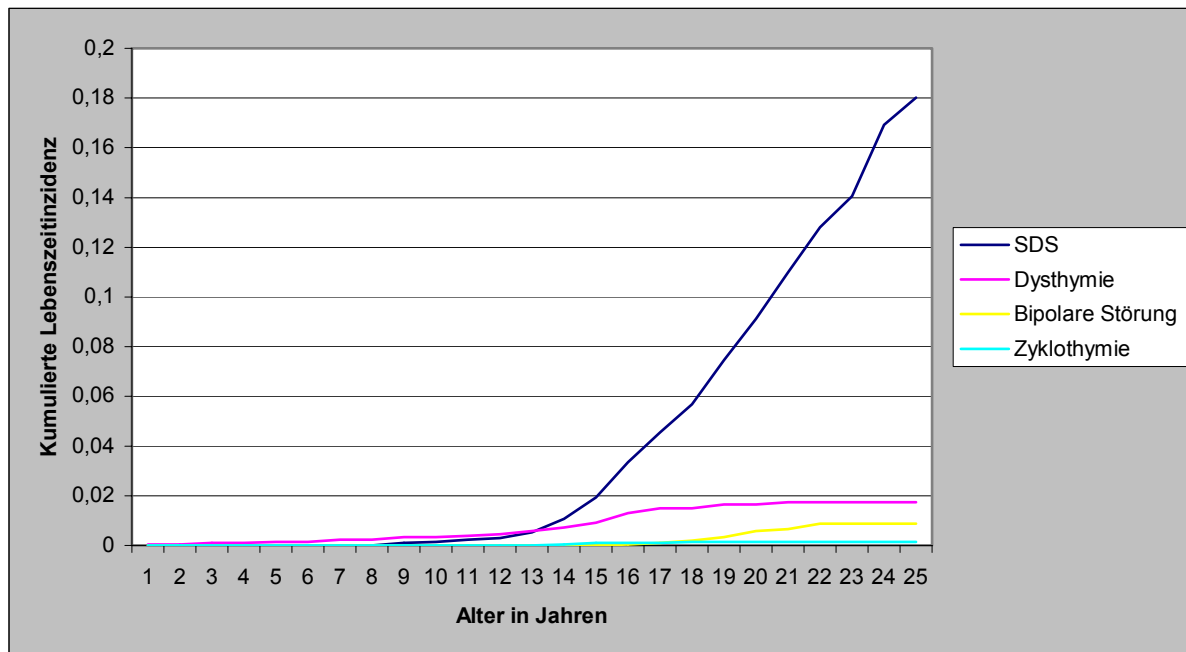


Abbildung 7.8: Kumulierte Lebenszeitinzidenzen affektiver Störungen

Nun werden noch die altersbezogenen Häufigkeiten und kumulierten Lebenszeitinzidenzen für somatoforme und Ess-Störungen betrachtet (Abbildungen 7.9 und 7.10, S.144). Kaum eine dieser Störungen bestand schon im Alter von 12 Jahren oder darunter. Die einzige Ausnahme ist die Somatoforme Schmerzstörung, bei der über ein Zehntel der Gesamtfälle auch schon im Alter von 12 Jahren berichtet wurde. Einen deutlichen Zuwachs erfahren all diese hier betrachteten Störungen etwa ab einem Alter von 15 Jahren, wobei Abbildung 7.9 die Vermutung nahe legt, dass die Prävalenzraten auch nach dem 18. Lebensjahr noch weiter ansteigen.

Abbildung 7.10 bestätigt die aus Abbildung 7.9 gezogene Vermutung, dass die Auftretensraten auch nach dem Alter von 18 Jahren weiter ansteigen. Die Substanzstörungen sind in diesen Abbildungen nicht aufgeführt, da der jeweilige Beginn der einzelnen Substanzstörungen je nach Substanz doch recht unterschiedlich war.

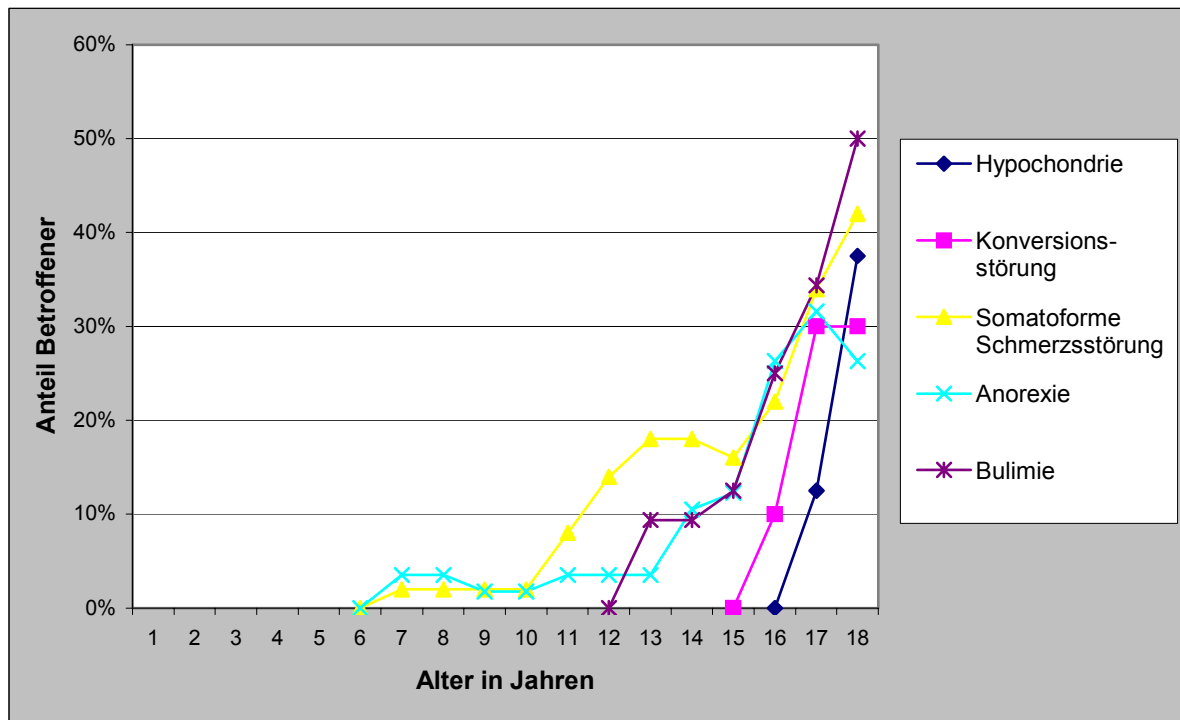


Abbildung 7.9: Altersbezogene Häufigkeiten der somatoformen und Ess-Störungen, Alter von 1 – „schon immer“

Fälle von Anorexia nervosa nehmen zwischen 13 und 21 Jahren stark zu, bei Bulimia nervosa scheint dieser Zuwachs etwa ein Jahr nach hinten verschoben zu sein und die kumulierte Lebenszeitinzidenz mit 25 Jahren liegt auch nur knapp halb so hoch wie für Anorexia nervosa.

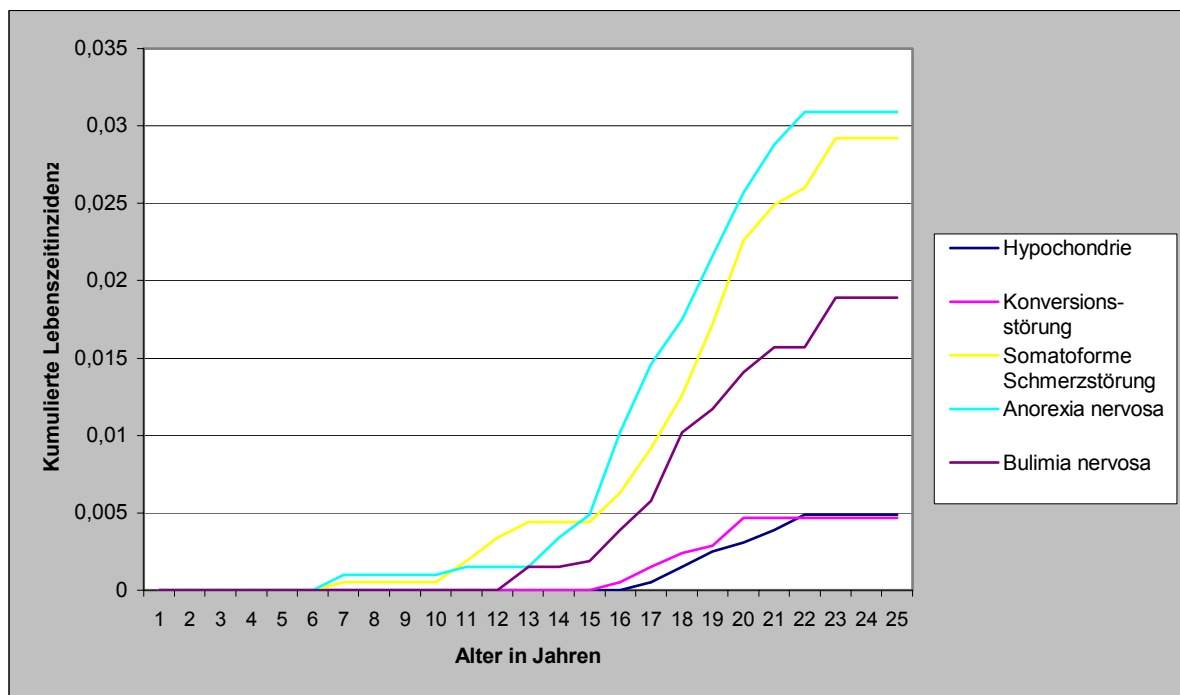


Abbildung 7.10: Kumulierte Lebenszeitinzidenzen von Ess- und somatoformen Störungen

Somatoforme Schmerzstörungen weisen bei 25-jährigen Frauen mit rund 0,03 eine ähnliche kumulierte Lebenszeitinzidenz wie Anorexia nervosa auf. Einen deutlich späteren Beginn und eine deutlich niedrigere kumulierte Lebenszeitinzidenz weisen Konversionsstörung und Hypochondrie auf.

7.2.3 Zusammenfassung und Diskussion

In diesem Abschnitt wurden Antworten auf die zweite Frage gesucht (vgl. Kapitel 5, S.96):

Frage (2): Welches Erstauftrittsalter wird berichtet, und wie verändern sich die Häufigkeiten je nach Alter?

In Tabelle 3.2 (S.24) wurde ein Überblick zum Auftretensalter von Angststörungen gegeben. Für TAS ist dort als typisches Erstauftrittsalter das Vorschulalter genannt und das Jugendalter als seltener Altersbereich für das erstmalige Auftreten dieser Problematik. In der vorliegenden Studie wurde ein Alter von 6 Jahren sowohl als Mittelwert als auch als Median ermittelt. Last (1987) berichtete ein Erstauftrittsalter von 7,5 Jahren. Bei der TAS wirkt sich die Einbeziehung oder der Ausschluss von Personen, die beim Beginn „schon immer“ angaben, kaum aus. Bei Spezifischen Phobien bildet sich dies deutlicher ab: Das Durchschnittsalter für den Beginn liegt bei 7,9 Jahren, der Median sogar bei 6 Jahren, wenn die Personen, die keinen konkreten Beginn erinnern können, in die Auswertung einbezogen werden. Wenn diese Personen aus der Auswertung ausgeschlossen werden, verschiebt sich der mittlere Beginn auf 10,3 Jahre und der Median für das Erstauftreten auf 10 Jahre. Das heißt, dass viele von Spezifischen Phobien Betroffene kein konkretes erstes Auftreten der Angst erinnern können. Strauss und Last (1993) fanden ein Erstauftrittsalter von 7,9 Jahren. Die Unterschiede zwischen den einzelnen erfassten Formen von Spezifischen Phobien sind teilweise erheblich. Sehr früh bestehen Ängste vor Feuer und Dunkelheit sowie Tieren, deutlich später treten situative Ängste und Ängste vor Prüfungen auf (vgl. Strauss & Last, 1993). Damit lassen sich die hier gefundenen Ergebnisse in die in der Literatur berichteten Erstauftrittsalter Spezifischer Phobien einordnen, die von einem häufigen Beginn bereits in der Kindheit aber auch einer erheblichen Schwankungsbreite - je nach Phobie - ausgeht. Für Soziale Phobien wird das mittlere Teenageralter als Erstauftrittsalter berichtet. In der vorliegenden Studie wurde ein erstes Auftreten im 12. bzw. 13. Lebensjahr beobachtet (Einschluss der Personen, die keinen konkreten Beginn erinnern bzw. Ausschluss dieser Personen), die damit ebenfalls vergleichbar mit den in der Literatur berichteten Ergebnissen sind. Strauss und Last (1993) beobachteten ein Erstauftrittsalter von 12,3 Jahren. Zwangsstörungen wiesen in der vorliegenden Studie einen mittleren Beginn von 11 bzw. 12 Jahren auf. Der Einschluss oder Ausschluss von Personen, die keinen konkreten Beginn benennen konnten, wirkte sich hier nur gering aus. Damit scheint der Beginn von Zwangsstörungen in der vorliegenden Studie etwas früher zu liegen; allerdings ist dabei das junge Alter der Probandinnen zum Untersuchungszeitpunkt zu beachten. Die übrigen Angststörungen weisen zwar in der

vorliegenden Studie ebenfalls einen mittleren Beginn im Teenageralter auf: Dieses Ergebnis ist aber auf das Alter der Probandinnen zum Untersuchungszeitpunkt zurückzuführen. Dies zeigt sich auch in den Abbildungen 7.3 (S.138) und 7.4 (S.139). Für TAS ist hier im Kindesalter der größte Anteil Betroffener zu beobachten bzw. steigt die kumulierte Lebenszeitinzidenz ab einem Alter von 12 Jahren nicht mehr an. Bei den anderen Angststörungen ist hier bis ins Erwachsenenalter hinein ein Anstieg zu verzeichnen, wobei die Abflachung der Linien in Abbildung 7.4 (S.139) im Alter von 20 bzw. 21 Jahren mit dem Durchschnittsalter der befragten Stichprobe zusammenhängt.

Für ADHS, SOT, SSV und Enuresis zeigt sich in Abbildung 7.5 (S.140) eine deutliche Abnahme der altersbezogenen Häufigkeit der Störungen von der Kindheit zum Erwachsenenalter. In Abbildung 7.6 (S.141) kann am Verlauf der Kurven der kumulierten Lebenszeitinzidenzen für diese Störungen abgelesen werden, dass Enuresis ab einem Alter von 12 Jahren praktisch nicht mehr neu auftritt. Dies gilt ab einem Alter von 13 Jahren auch für ADHS, und die Wahrscheinlichkeit für das Neuauftreten von SOT ist ab einem Alter von 14 Jahren auch gering (vgl. Biederman et al., 1996, DSM-IV, APA, 1994). SSV weist zwar in der vorliegenden Stichprobe eine niedrigere kumulierte Lebenszeitinzidenz auf als die anderen expansiven Störungen und Enuresis. Die Wahrscheinlichkeit, neu zu erkranken, ist aber über das gesamte Teenageralter hinweg relativ gleichbleibend (gleichmäßiger Anstieg der Kurve). Insgesamt sind unsere Ergebnisse damit den in der Literatur zu findenden Zahlen ähnlich (Biederman et al., 1996, Cohen et al., 1993, Esser et al., 1992), wobei gerade bei der Betrachtung expansiver Störungen stets zu beachten ist, dass es sich in der vorliegenden Stichprobe nur um weibliche Probanden handelt.

Ganz anders sehen die entsprechenden Abbildungen bei affektiven, somatoformen und Essstörungen aus, deren typischer Beginn wesentlich später liegt als das Erstauftreten der bisher betrachteten Störungen. Für affektive, somatoforme und Substanzstörungen wird der mittlere Beginn als im jungen Erwachsenenalter bzw. bei Mitte 20 liegend beschrieben (vgl. Tabelle 3.12, S.42, Tabelle 3.14, S.43 und Abschnitt 3.5.4, S.45). Die Ergebnisse für das beobachtete Erstauftretensalter können für diese Störungen also nur eingeschränkt interpretiert werden, da die Teilnehmerinnen noch jünger waren. Für Anorexia nervosa besteht im mittleren bis späten Teenageralter eine Auftretenshäufung und das mittlere Erstauftretensalter wird mit 17 Jahren berichtet, was auch in der vorliegenden Studie beobachtet werden konnte. Für Bulimia nervosa wird ein etwas späterer Beginn als für Anorexia nervosa berichtet, was auch in der vorliegenden Studie gefunden wurde.

7.3 Komorbidität

7.3.1 Anzahl der Diagnosen in verschiedenen Altersabschnitten

Das Vorliegen von mehreren psychischen Störungen ist bei klinischen Stichproben eher die Regel als die Ausnahme. Wie sieht diese Problematik innerhalb der hier betrachteten Stichprobe aus? Die Komorbiditätsangaben beziehen sich dabei wieder auf die drei Altersabschnitte (vgl. Beschreibung Abschnitt 7.1.2, S.121 und Abschnitt 6.6, S.114f.).

Etwa drei Viertel der im Kindesalter von einer psychischen Störung Betroffenen litt unter genau einer Störung. Knapp ein Fünftel Betroffener dieser Altersgruppe erfüllte die Kriterien für zwei psychische Störungen. Nur etwa 4% der jungen Frauen, die im Kindesalter unter einer psychischen Störung litten, erfüllten die Kriterien von drei oder mehr Störungen. Abbildung 7.11 stellt die Anzahl von Diagnosen bei Betroffenen für die drei Altersabschnitte nebeneinander.

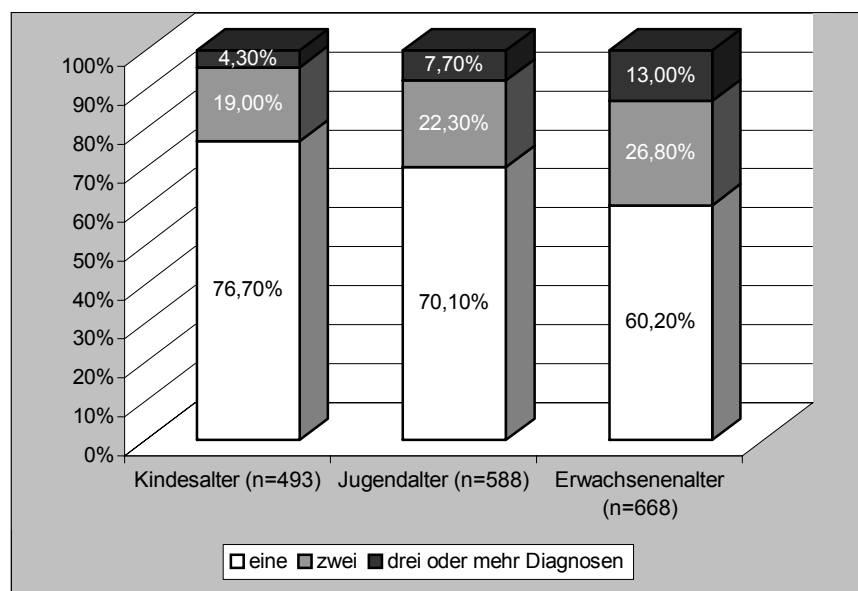


Abbildung 7.11: Anzahl psychischer Störungen bei Betroffenen (Insgesamt waren im Erwachsenenalter 676 Personen von psychischen Störungen betroffen, für 8 Personen war es aber aufgrund fehlender Zeitangaben nicht möglich, die genaue Anzahl bestehender Diagnosen zu ermitteln.)

Wie diese drei Säulen deutlich zeigen, nimmt die Komorbidität mit dem Älterwerden zu. Im Kindesalter leiden über 75% Betroffener an genau einer Störung, im Jugendalter liegt dieser Anteil nur noch bei 70% und reduziert sich im Erwachsenenalter sogar auf nur 60%. Das heißt also, dass nicht nur die Anzahl betroffener Personen vom Kindes- zum Erwachsenenalter ansteigt (von 493 über 588 auf 676), sondern gerade auch der Anteil der Personen mit mehreren psychischen Störungen zunimmt. Dies legt die Vermutung nahe, dass es sich hierbei um Personen handelt, die bereits im Kindes- und/ oder Jugendalter von einer oder mehreren psychischen Störungen betroffen waren und dann im Laufe der Zeit noch weitere Probleme hinzugekommen sind. Allerdings zeigen die altersbezogenen Häufigkeiten einzelner Störungen auch teilweise eine Abnahme.

7.3.2 Komorbidität nach Störungsgruppen und Einzelstörungen im Kindesalter

Immer wieder werden in der Literatur typische Überschneidungen zwischen bestimmten Störungen beschrieben. Auch dieser Frage soll hier nachgegangen werden. Welche Komorbiditätsraten finden sich dabei zwischen den verschiedenen betrachteten Störungsgruppen innerhalb des Kindesalters?

In Tabelle 7.14 sind diejenigen beobachteten Fallzahlen für das Kindesalter zusammengefasst, bei denen Störungen aus unterschiedlichen Störungsgruppen vorlagen, außerdem sind die zugehörigen Odds Ratios und das jeweilige 95%-Konfidenzintervall aufgeführt.

Tabelle 7.14: Komorbidität zwischen verschiedenen Störungsgruppen bis zum Alter von 12 Jahren

	Expansive Störung (n=77)	Ausscheidungs- störung (n=73)	Affektive Störung (n=16)	Somatoforme Störung (n=7)	Ess-Störung (n=3)
Angststörung (n=386)	26 2,30 (1,42-3,75)	27 2,67 (1,64-4,35)	10 7,41 (2,68-20,52)	3 3,28 (0,73-14,71)	0
Expansive Störung (n=77)		4 1,52 (0,54-4,29)	0	1 4,34 (0,52-36,53)	0
Ausscheidungs- störung (n=73)			2 3,98 (0,89-17,84)	1 4,60 (0,55-38,67)	0
Affektive Störung (n=16)				1 22,67 (2,57-200,13)	0
Somatoforme Störung (n=7)					0

Anmerkung: In den Zellen sind jeweils die Anzahl von Fällen, das OR und das 95%CI angegeben.

Die in Abbildung 7.12 (S.149) dargestellten Überschneidungen sind also nur für expansive, Ausscheidungs- und affektive Störungen, die mit Angststörungen auftreten, statistisch signifikant (**Fettdruck**). Bezogen auf das Konfidenzintervall ist zwar auch der Zusammenhang zwischen affektiven und somatoformen Störungen signifikant (*kursiv*). Da es sich hierbei aber nur um einen Fall handelt, ist eine Interpretation des Betrages des Odds Ratios nicht zulässig. Der eine Fall einer Substanzstörung im Kindesalter ging in Tabelle 7.14 nicht ein, da eine statistische Betrachtung hier nicht möglich gewesen wäre. Auch wenn ebenfalls bei der Interpretation der nicht-vorhandenen Überschneidung zwischen Ess-Störungen im Kindesalter und anderen Störungen ebenfalls aufgrund der geringen Fallzahl nur mit Vorsicht erfolgen darf, so überrascht die fehlende Komorbidität an dieser Stelle doch.

Für die aufgrund ihres frühen Auftretens ausgewählten Störungen, die genauer betrachtet werden sollen, ist die prozentuale Verteilung von genau einer Störung, zwei Störungen oder drei und mehr Störungen in Abbildung 7.12 dargestellt.

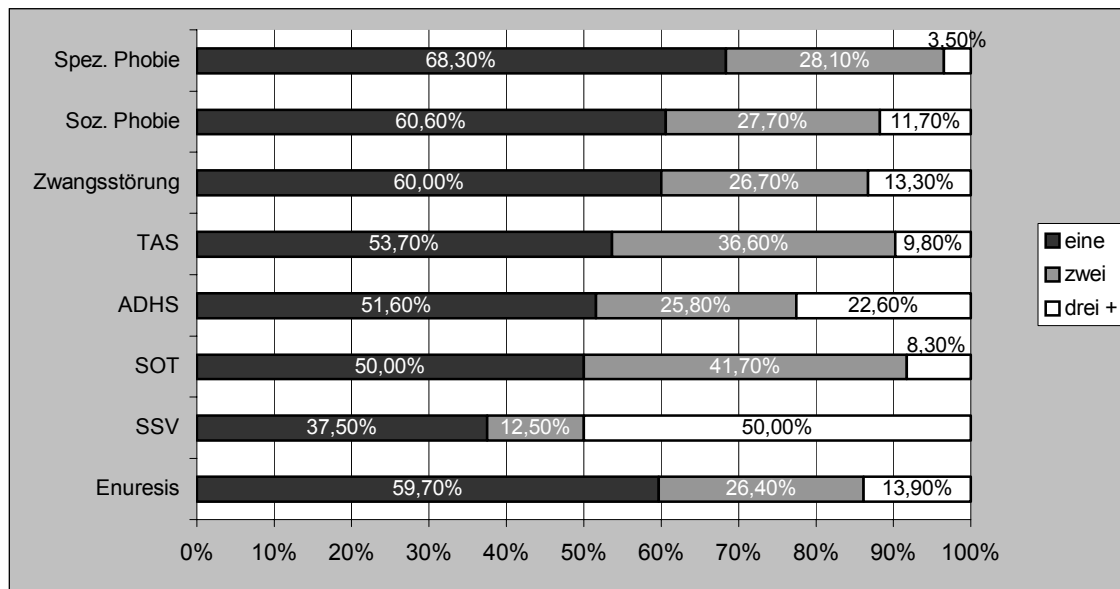


Abbildung 7.12: Prozentuale Verteilung von einer, zwei und drei oder mehr Störungen bei Vorliegen einer ausgewählten Störung im Kindesalter

Spezifische Phobien treten, wie diese Abbildung zeigt, im Kindesalter in etwa zwei Drittel der Fälle als einzige Störung auf. Bei einem knappen Drittel Betroffener besteht eine weitere Störung. Soziale Phobien, Zwangsstörungen und Enuresis bestehen jeweils in etwa 60% der Fälle als alleinige Störung im Kindesalter. Jeweils mehr als ein Viertel Betroffener weist eine weitere Störung auf, und bei rund jeder achten Betroffenen bestehen neben der Indexdiagnose noch zwei oder mehr weitere Diagnosen im Kindesalter. Bei TAS, ADHS und SOT weisen jeweils rund 50% der Betroffenen nur die Indexdiagnose auf. Bei ADHS sind jeweils etwa ein Viertel Betroffener von genau einer weiteren Störung und von zwei oder mehr weiteren Störungen betroffen. Bei Personen mit einer TAS besteht bei knapp 40% genau eine weitere Störung im Kindesalter, und bei Personen mit einer SOT sind über 40% von genau einer weiteren Störung im Kindesalter betroffen. Die höchste Rate komorbider Störungen besteht bei von einer SSV Betroffenen. Bei dieser Störung besteht nur bei einem reichlichen Drittel der Fälle keine weitere Diagnose. Bei 50% der Betroffenen bestehen hier sogar zwei oder mehr weitere Störungen. Allerdings darf an dieser Stelle auch nicht vergessen werden, dass es sich hier nur um acht Fälle handelt, die die Kriterien dieser Diagnose bereits im Kindesalter erfüllten.

Im Folgenden soll nun betrachtet werden, mit welchen Störungen die als sehr früh beginnend identifizierten Störungen (die hier genauer betrachtet werden) im Kindesalter, also bis zum Alter von 12 Jahren, komorbid sind (Tabelle 7.15). Dabei werden affektive, somatoforme, Ess- und substanzbezogene Störungen nur als Störungsgruppen einbezogen. In einem ersten Schritt soll aber das Bestehen einer Störung aus einer der folgenden Gruppen

hinsichtlich des Vorliegens einer Indexdiagnose betrachtet werden. Die unterschiedenen Gruppen sind dabei (andere) Angststörungen, (andere) expansive Störungen, (andere) Ausscheidungsstörungen und andere Störungen. In dieser letzten Gruppe sind affektive, somatoforme, Ess- und substanzbezogene Störungen zusammengefasst.

Tabelle 7.15: Komorbide Störungen hinsichtlich der genauer betrachteten Störungen

Indexdiagnose	(andere) Angststörung	(andere) expansive Störung	(andere) Ausscheidungsstörung	andere Störung
Spezifische Phobie	37 (18,6%) 2,05 (1,39-3,02)	12 (6,0%) 1,78 (0,94-3,35)	15 (7,5%) 2,54 (1,41-4,57)	3 (1,5%) 1,28 (0,38-4,32)
Soziale Phobie	41 (29,9%) 2,88 (1,95-4,25)	9 (6,6%) 1,92 (0,94-3,94)	12 (8,8%) 2,94 (1,54-5,60)	6 (5,8%) 6,97 (2,95-16,45)
Zwangsstörung	6 (40,0%) 3,02 (1,07-8,52)	0	2 (13,3%) 4,29 (0,95-19,35)	1 (6,7%) 6,03 (0,76-47,68)
TAS	13 (31,7%) 2,26 (1,16-4,40)	5 (12,2%) 3,76 (1,44-9,87)	3 (7,3%) 2,20 (0,66-7,31)	2 (4,9%) 4,46 (1,02-19,58)
ADHS	10 (32,3%) 2,10 (0,98-4,49)	9 (29,0%) 17,67 (7,72-40,48)	1(3,2%) 0,91 (0,12-6,75)	0
SOT	17 (35,4%) 2,45 (1,34-4,47)	7 (14,6%) 11,70 (4,85-28,24)	2 (4,2%) 1,19 (0,28-5,00)	1 (2,1%) 1,77 (0,23-13,33)
SSV	<i>4 (50,0%)</i> <i>4,38 (1,09-17,60)</i>	<i>3 (37,5%)</i> <i>17,28 (4,05-73,76)</i>	1 (12,5%) 3,94 (0,48-32,42)	0
Enuresis	27 (37,5%) 2,73 (1,67-4,46)	4 (5,6%) 1,55 (0,55-4,35)	0	<i>3 (4,2%)</i> <i>3,89 (1,14-13,32)</i>

Anmerkung: In den Zellen sind jeweils die Fallzahl, die Prozente, bezogen auf die Indexdiagnose, das OR und das 95%CI angegeben. Es wurde bei der Betrachtung der Komorbidität mit Störungen aus der Störungsgruppe, zu der die jeweilige Indexdiagnose selbst gehört, natürlich die Komorbidität mit den anderen verbleibenden Störungen dieser Gruppe betrachtet. Bei einer Indexdiagnose aus einer anderen Störungsgruppe wurden alle Störungen einer Störungsgruppe zusammengefasst. Deshalb ist das Wort „andere“ bei den betroffenen Störungsgruppen jeweils in Klammern gesetzt. **Fettdruck** – signifikante interpretierbare Odds Ratios; *kursiv* – signifikante, aber aufgrund zu niedriger Fallzahl nur eingeschränkt interpretierbare Zusammenhänge.

Alle betrachteten Einzelstörungen weisen Überschneidungen mit Angststörungen auf. Dabei zeigen auch die expansiven Störungen und Enuresis hohe Überschneidungsraten mit Angststörungen im Kindesalter. Das gemeinsame Auftreten von ADHS und einer Angststörung ist zwar statistisch nicht signifikant; aber doch berichtete jede dritte Frau, die das Vorliegen einer ADHS im Kindesalter erinnerte, auch eine Angststörung in dieser Zeit. Die Hälfte derer, die im Kindesalter die Kriterien einer SSV erfüllten, litt in dieser Zeit auch an einer Angststörung. Insgesamt sind die Überschneidungsraten mit Angststörungen und expansiven Störungen am höchsten, was auch an der hohen Auftretensrate dieser Störungen im Kindesalter liegt. Aufgrund zu niedriger Zellenbesetzungen können nicht alle Ergebnisse interpretiert werden. Das trifft auf die Fälle mit SSV zu, auf die Überschneidung von Enuresis mit anderen Störungen und TAS mit anderen Störungen. Knapp jede fünfte junge Frau, die im Kindesalter an einer Spezifischen Phobie litt, war noch von einer weiteren Angststörung in dieser Zeit betroffen. Bei Sozialer Phobie steigt dieser Anteil sogar auf fast 30% und bei Zwangsstörungen auf 40%. Auch etwa jede Dritte von denjenigen, die im Kindesalter die Kriterien einer TAS erfüllten, berichtete noch mindestens eine weitere Angststörung. Von Spezifischer oder Sozialer Phobie Betroffene erfüllten in rund 6% der Fälle auch die Kriterien einer expansiven Störung. Etwa 8% dieser Betroffenen litten neben der phobischen Störung im Kindesalter auch an einer Ausscheidungsstörung. Statistische Signifikanz erreichen dabei nur die Überschneidungen mit Ausscheidungsstörungen. Eine statistisch signifikante Überschneidung besteht auch zwischen Sozialer Phobie im Kindesalter und dem Vorliegen einer anderen Störung (affektive, somatoforme, Ess- oder Substanzstörung). Etwa jede achte junge Frau, die für das Kindesalter eine TAS berichtete, erfüllte auch die Kriterien für eine expansive Störung im Kindesalter. Statistisch signifikant ist auch die Überschneidung der expansiven Störungen untereinander. Eine Betrachtung auf Einzelstörungsebene erscheint wenig sinnvoll, da die Zellenbesetzungen schon bei der Untergliederung nach Störungsgruppen teilweise recht niedrig sind.

7.3.3 Zusammenfassung und Diskussion

In diesem Abschnitt wurden Antworten auf die dritte Frage gesucht (vgl. Kapitel 5, S.96):

Frage (3): Welche Komorbidität weisen die Störungen im Kindesalter auf?

Aufgrund der wenigen verwertbaren Vergleichsstudien ist die Einordnung der Beobachtungen dieser Studie schwierig. 23,3% derjenigen jungen Frauen, die sich für das Kindesalter an psychische Probleme erinnerten, berichteten in dieser Zeit von mehr als einer Störung betroffen gewesen zu sein; im Jugendalter erhöht sich dieser Anteil auf 30%. In der ZESCAP (Steinhausen et al., 1998) wurde eine Rate von 40% für komorbide Störungen beobachtet. Diese höhere Rate kann zum einen auf das gestufte Studiendesign und zum anderen auf die Einbeziehung von Jungen und Mädchen zurückgeführt werden. Für Jungen sind in diesem Alter höhere Prävalenz- und Komorbiditätsraten bekannt als für Mädchen (DSM-IV, APA, 1994, Angold & Costello, 1996 (GSMS), Sawyer et al., 2000 (National Survey of Mental Health and Wellbeing (Child and Adolescent Component)), Meltzer et al., 2000, Goodman et al., 2002 (BCMHS), Steinhausen et al., 1998 (ZESCAP)). In den anderen Studien finden sich jeweils störungsbezogene Komorbiditätsraten, so dass nun auf diese Werte vergleichend eingegangen werden soll. Die beobachteten Komorbiditätsmuster in der vorliegenden Studie sind folgendermaßen: Die vier im Kindesalter vor allem berichteten Angststörungen treten in rund 60% der Fälle im Kindesalter als reine Störung auf. Bei Spezifischer und Sozialer Phobie sowie Zwangsstörung besteht bei jeweils knapp 30% der Betroffenen eine weitere Störung; TAS weist mit reichlich 35% Betroffener, die für das Kindesalter eine weitere Störung berichten, eine höhere Komorbidität auf. Der Anteil Betroffener, die für das Kindesalter neben einer Angststörung zwei oder mehr weitere Störungen erinnern, liegt bei Sozialer Phobie, Zwangsstörung und TAS bei rund 10% Betroffener und bei Spezifischer Phobie mit 3,5% deutlich niedriger. Kashani und Orvaschel (1990) fanden bei 36,4% der von Angststörungen betroffenen Kinder mehr als eine Angststörung. Ähnliche Raten fanden auch Last et al. (1987, 1989, 1992). Strauss und Last (1993) fanden bei 39% der von einer Spezifischen Phobie betroffenen Kinder nur diese eine Störung. Die in der vorliegenden Arbeit gefundene Rate für reine Störungen im Kindesalter liegt damit höher. Strauss und Last betrachteten allerdings nur 29 Kinder. Angold und Costello (1996, GSMS) fanden bei 28% der von einer Angststörung betroffenen Kinder komorbide Störungen.

Für die expansiven Störungen berichtet bei ADHS und SOT jeweils rund die Hälfte der Betroffenen das Vorliegen genau einer Störung im Kindesalter. Bei SSV ist dieser Anteil mit knapp 40% deutlich niedriger; allerdings sollte hier immer bedacht werden, dass es in der vorliegenden Studie insgesamt nur acht Fälle mit SSV bis zum Alter von 12 Jahren gibt. Bei ADHS gibt jeweils etwa ein Viertel der Betroffenen das Vorliegen genau einer weiteren Störung im Kindesalter bzw. von zwei oder mehr weiteren Störungen an. Bei SOT ist der Anteil der Personen, die sich an genau eine weitere Störung erinnern, deutlich höher als der Anteil derjenigen Personen, die zwei oder mehr weitere Störungen für das Kindesalter be-

richten. Die von SSV Betroffenen berichten sogar in 50% der Fälle das Vorliegen von weiteren zwei oder mehr Störungen. Für Enuresis bestehen ähnlich wie bei den Angststörungen rund 60% der Fälle als reine Fälle und knapp 30% der Betroffenen erinnern sich für die Zeit bis zum Alter von 12 Jahren an eine weitere Störung. In der GSMS (u.a. Angold & Costello, 1996) zeigt sich eine ähnliche Rate, nämlich dass bei 38% der expansiven Störungen komorbide Störungen bestehen. Innerhalb der NYS (Cohen et al., 1993) wurden für expansive Störungen bei etwas 50% der Betroffenen komorbide Störungen beobachtet, was in der vorliegenden Studie ähnlich gefunden werden konnte.

Erwartungsgemäß wiesen insbesondere jeweils die Angststörungen und die expansiven Störungen untereinander hohe Komorbiditäten auf, was für die expansiven Störungen auch von Hechtmann (1999), Döpfner (1998), Biederman et al. (1996) und Cohen et al. (1993) gefunden werden konnte. Zwischen den Störungsgruppen fanden sich zwischen Angst- und expansiven Störungen, Angst- und Ausscheidungsstörungen sowie Angst- und affektiven Störungen signifikante Zusammenhänge bis zum Alter von 12 Jahren. Diese Überschneidungen sind den Ergebnissen anderer Studien vergleichbar (GSMS, NYS). Eine beispielsweise von Butler et al. (1995) beschriebene Komorbidität konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden: In der vorliegenden Studie wurde für das Kindesalter keine Überschneidung zwischen affektiven und expansiven Störungen gefunden. Eine naheliegende Erklärung hierfür liegt in der Altersgrenze von 12 Jahren, denn die Häufigkeit affektiver Störungen nimmt gerade in der Pubertät deutlich zu. Bis zum Alter von 12 Jahren bestanden offenbar noch zu wenige Fälle, um diesen Zusammenhang abzubilden. Falls dieser Zusammenhang auch in der vorliegenden Studie beobachtet werden kann, dann zeigt er sich vermutlich in der Verlaufsbetrachtung in Abschnitt 7.6 (S.170ff.).

7.4 Charakteristika ausgewählter psychischer Störungen im Kindesalter

In Abschnitt 7.2 wurden aufgrund des Alters bei Beginn, der im Mittel oder bei mindestens 50% der Betroffenen (Median) bei höchstens 12 Jahren liegen sollte, einige Störungen ausgewählt, die jetzt genauer betrachtet werden (vgl. Kapitel 3). Diese Störungen sind: Spezifische und Soziale Phobien, Zwangsstörung, TAS, ADHS, SOT, SSV und Enuresis. Bei Spezifischen und Sozialen Phobien sowie Zwangsstörungen wird dabei auch ein kurzer Vergleich mit Betroffenen im Erwachsenenalter durchgeführt. Ein solcher Vergleich ist aufgrund der niedrigen Fallzahlen der jeweiligen Störung bei den anderen fünf Störungen nicht möglich. Für Enuresis ist auch die Betrachtung spezieller Symptommuster hinfällig.

7.4.1 Charakteristika ausgewählter Angststörungen im Kindesalter

Wie in Abschnitt 7.2.1 erläutert, werden folgende Angststörungen in der vorliegenden Arbeit aufgrund ihres frühen Beginns genauer betrachtet: (1) Spezifische Phobie, (2) Soziale Phobie, (3) Zwangsstörung und (4) TAS. Dabei unterscheiden sich je nach Störung die betrachteten Merkmale. Bei Spezifischen und Sozialen Phobien sowie Zwangsstörungen erscheint es interessant, die Art der jeweiligen Phobie bzw. die Art des Zwanges genauer zu betrachten und auch Vergleiche mit den entsprechenden Störungen im Erwachsenenalter anzustellen, da diese drei Störungen – wie in Abbildung 7.3 (S.138) deutlich wurde – ins Erwachsenenalter hinein weiterbestehen. Bei TAS werden die im Kindesalter vorliegenden Symptommuster beschrieben.

7.4.1.1 Spezifische Phobie

Insgesamt wurde bei den befragten jungen Frauen 228-mal das Vorliegen einer Spezifischen Phobie schon im Kindesalter diagnostiziert (mehrere Spezifische Phobien bei einer Person möglich). Der größte Teil von ihnen litt unter einer Tierphobie (n=93). Zu annähernd gleichen Teilen wurden jeweils umwelt- (n=37) und körperbezogene Ängste (n=32) sowie Ängste hinsichtlich Blut, Spritzen oder Verletzungen (n=38) in klinisch relevantem Ausmaß berichtet. Deutlich seltener waren im Kindesalter Phobien mit situativem Auslöser (z.B. Flugzeug fliegen, Auto fahren, Fahrstuhl fahren) (n=18) und anderen Auslösern (z.B. Dunkelheit, Feuer, Geräusche, Kostüme) (n=8). Abbildung 7.13 (S.155) zeigt die prozentuale Verteilung der Arten Spezifischer Phobien im Kindesalter im Vergleich mit der Verteilung im Erwachsenenalter.

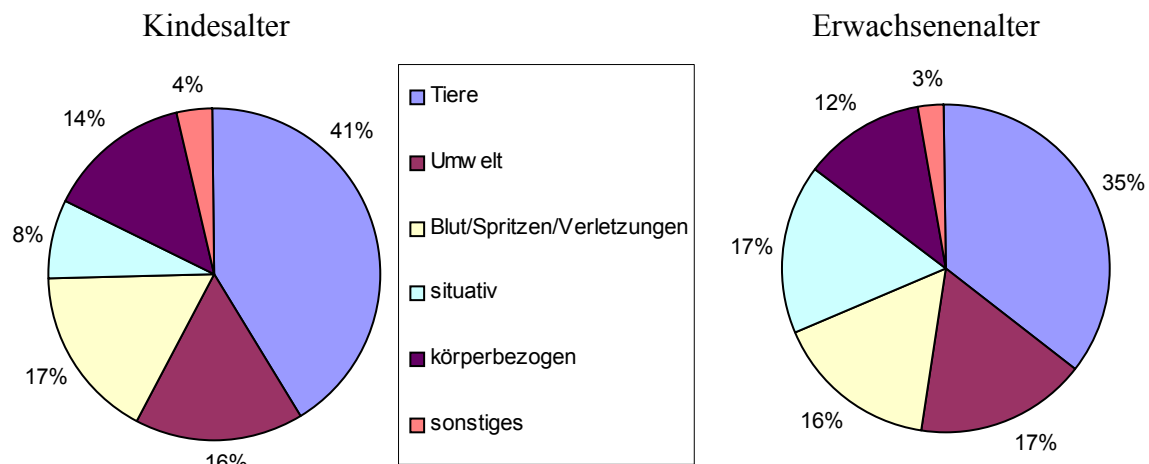


Abbildung 7.13: Prozentuale Verteilung der verschiedenen Arten Spezifischer Phobien im Kindes- und Erwachsenenalter

Die Verteilungen erscheinen auf den ersten Blick sehr ähnlich. Eine deutlichere Verschiebung vom Kindes- zum Erwachsenenalter erfolgt lediglich bei Tierphobien und situativ bedingten Spezifischen Phobien. Hier nimmt der Anteil von Tierphobien im Erwachsenenalter ab und der Anteil situativ ausgelöster Phobien zu, wobei insgesamt die Anzahl diagnostizierter Spezifischer Phobien auf 273 ansteigt. Von den 199 im Kindesalter von einer Spezifischen Phobie betroffenen jungen Frauen besteht eine Spezifische Phobie über das Jugendalter bis ins Erwachsenenalter bei 163 Personen fort. Das heißt umgekehrt auch, dass von den 225 jungen Frauen, die im Erwachsenenalter an einer oder mehreren Spezifischen Phobien leiden, 163 schon im Kindesalter betroffen waren. Dieser große Anteil von Überschneidung ist natürlich für die große Ähnlichkeit bei der Verteilung Spezifischer Phobien verantwortlich, da also fast drei Viertel (72,4%) der im Erwachsenenalter von Spezifischen Phobien betroffenen Personen die Problematik bereits für das Kindesalter berichten.

Auf das Erstauftretensalter der unterschiedenen Arten Spezifischer Phobien wurde schon im Abschnitt 7.2.1, Tabelle 7.11 (S.134), eingegangen. Hier sei nur noch einmal kurz zusammengefasst, dass die Angst vor Feuer oder Dunkelheit, Geräuschen oder Kostümen sowie die Angst vor Tieren einen sehr frühen Beginn aufweisen. Für diese Ängste wird ein Beginn im frühen Kindergartenalter berichtet bzw. auch keine konkrete Zeit für das erste Auftreten erinnert, sondern berichtet, dass die Angst „schon immer“ da war. Um den Schuleintritt herum beginnen Ängste hinsichtlich Blut, Spritzen oder Verletzungen, Ängste vor Höhe, Wasser oder Stürmen und körperbezogene Ängste (medizinische Untersuchungen, Erbrechen, Ansteckung). Erst wesentlich später liegt der Beginn von situativen Ängsten und Prüfungsangst.

7.4.1.2 Soziale Phobie

Insgesamt waren 256 der befragten jungen Frauen irgendwann in ihrem Leben von einer Sozialen Phobie betroffen. Bei 100 von ihnen bestand diese Störung vom Kindes- über das Jugendalter bis ins Erwachsenenalter hinein fort. Es wurden bei der Erfassung der Sozialen

Ängste verschiedene soziale Situationen erfragt, inwieweit diese mit Angst verbunden sind oder auch vermieden werden. Abbildung 7.14 zeigt die Verteilung der einzelnen als Hauptproblem genannten Bereiche im Kindes- und im Erwachsenenalter.

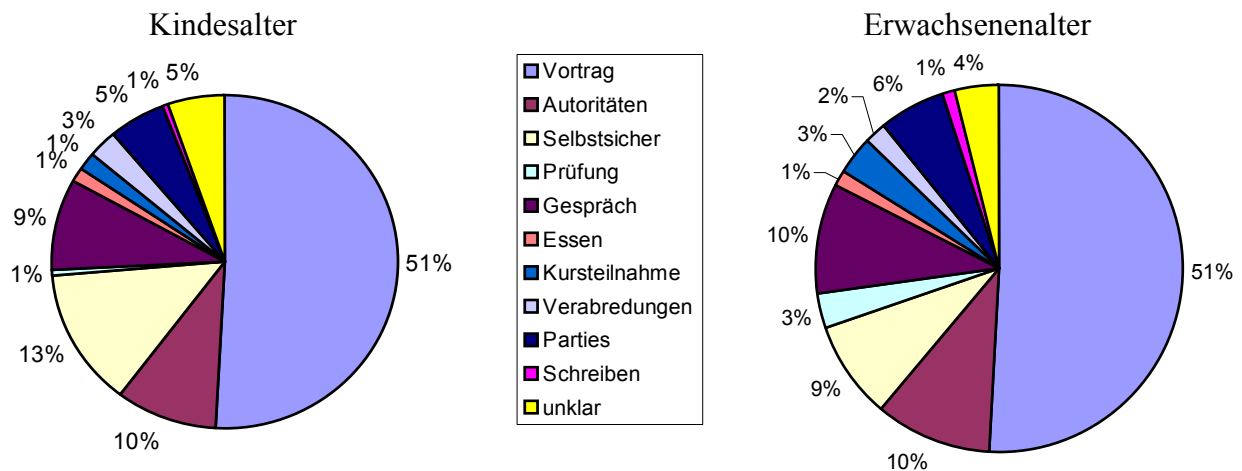


Abbildung 7.14: Prozentuale Verteilung der verschiedenen angstbesetzten sozialen Situationen bei von einer Sozialen Phobie Betroffenen im Kindes- und Erwachsenenalter

Insgesamt erscheint die Verteilung der problematischen Situationen fast gleich. Als erstes fällt der große Anteil an Betroffenen auf, die vor allem vor Vorträgen, Sprechen vor einer Gruppe oder sonstigen „Auftritten“ Angst haben oder diese vermeiden. Knapp über die Hälfte aller Betroffenen nennt diese Situation sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter als die schwierigste. Der Anteil von Personen mit Problemen hinsichtlich selbstsicheren Auftretens und unklaren sozialen Ängsten nimmt vom Kindes- zum Erwachsenenalter etwas ab. Dahingegen nehmen Ängste vor der Teilnahme an Kursen, dem Besuchen von Parties, dem Führen oder Beginnen von Gesprächen und vor allem vor Prüfungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter zu. Prüfungsängste konnten im F-DIPS sowohl unter Spezifischen Phobien als auch unter Sozialen Phobien erfasst werden. Insgesamt scheinen aber (vgl. auch 7.4.1.1) Prüfungsängste im Kindesalter noch eine geringere Rolle als im Erwachsenenalter zu spielen. Unter „unklar“ wurden Betroffene gefasst, die keine konkrete angstausslösende Situation benennen konnten, die aber doch die Kriterien einer Sozialen Phobie erfüllten.

7.4.1.3 Zwangsstörung

Von einer Zwangsstörung irgendwann im Verlauf ihres bisherigen Lebens berichteten 27 junge Frauen. Alle Befragten nannten beim Thema „wiederkehrende Gedanken“ am häufigsten „Zweifel“. Das ist auch die Kategorie, der sich die meisten Zwangsgedanken zuordnen lassen, die bei einer erfüllten Störungsdiagnose berichtet werden. Bei „wiederkehrenden Handlungen“ wurden von den meisten der jungen Frauen Handlungen berichtet, die unter die Kategorie „Kontrollieren“ fallen. Dies ist auch diejenige Kategorie, der sich die meisten Zwangshandlungen beim Vorliegen einer Störung zuordnen lassen. Allerdings sind sowohl bei Zwangsgedanken als auch –handlungen die Fallzahlen in den einzelnen Kategorien zu niedrig, um statistische Vergleiche anstellen zu können. Im Kindesalter liegen die Zellenbesetzungen zwischen 0 und 3 und im Erwachsenenalter zwischen 0 und 4. Bei den meisten Betroffenen bestehen in beiden Altersabschnitten sowohl Zwangsgedanken als auch –handlungen. Auch die Anteile von Zwangsgedanken (reichlich ein Viertel) und Zwangshandlungen (etwa ein Fünftel) bleiben zwischen Kindes- und Erwachsenenalter nahezu gleich. Diese Verteilung ist in Abbildung 7.15 dargestellt.

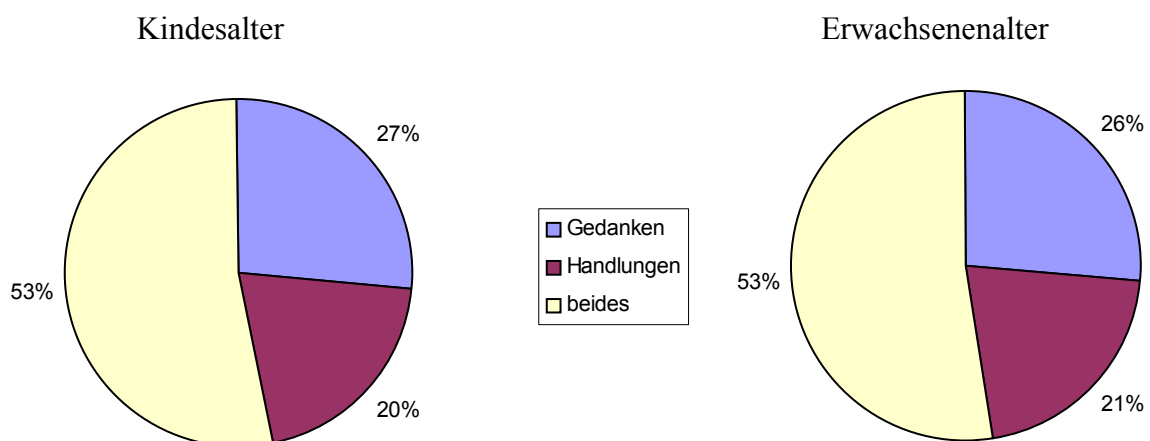


Abbildung 7.15: Prozentuale Verteilung von Zwangsgedanken und -handlungen im Kindes- und Erwachsenenalter

7.4.1.4 Störung mit Trennungsangst (TAS)

Welche einzelnen Symptome von den 41 Betroffenen mit mindestens mäßiger Schwere bzw. Häufigkeit berichtet wurden, ist in Tabelle 7.16 (S.158) aufgeführt.

Die meistgenannten Symptome sind „Angst vor der Trennung von den Eltern“, „Wunsch nach Gegenwart der Eltern während des Einschlafens“ und „Sorge um Eltern“. Seltener wurden die beiden Symptome berichtet, die im Zusammenhang mit dem Schulbesuch stehen: „Lieber bei den Eltern bleiben, als zur Schule zu gehen“ und „Oft Kopfweg, Bauchschmerzen oder Übelkeit an Schultagen“.

Tabelle 7.16: Häufigkeit der Symptome mit mindestens mäßiger Ausprägung und Mittelwerte der Ratings bei TAS im Kindesalter (n=41)

Symptome	Häufigkeit	Mittelwert (Standardabweichung)
Sorge um Eltern	29	4,2 (2,66)
Angst vor der Trennung von den Eltern	30	4,05 (2,36)
Lieber bei den Eltern bleiben, als zur Schule zu gehen	12	1,57 (2,27)
Wunsch nach Gegenwart der Eltern während des Einschlafens	30	3,78 (2,56)
Zu Hause die Nähe der Eltern suchen	23	3,15 (2,16)
Träume von der Trennung von den Eltern	16	2,31 (2,45)
Oft Kopfwahl, Bauchschmerzen oder Übelkeit an Schultagen	15	1,82 (2,29)
Gefühle der Trauer oder des Ärgers bei der Trennung von den Eltern	22	3,12 (2,22)

7.4.2 Charakteristika expansiver Störungen im Kindesalter

Da alle drei erfassten expansiven Störungen einen Beginn vor dem Alter von 12 Jahren oder von genau 12 Jahren aufwiesen (vgl. Abschnitt 7.2.2, S.137), werden sie im Folgenden auch alle hinsichtlich der berichteten Symptome ausführlicher betrachtet.

7.4.2.1 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Tabelle 7.17 (S.159) zeigt, wie viele der 31 jungen Frauen, die im Kindesalter die Kriterien einer ADHS erfüllten, die jeweils erfragten Symptome im klinischen Sinne, also mit mindestens mäßiger Ausprägung (ein Rating von mindestens 4, vgl. Abschnitt 6.4.1, S.106ff.) berichteten. In Tabelle 7.17 sind auch die jeweiligen Mittelwerte und Standardabweichungen für die einzelnen Symptome für die 31 Betroffenen angegeben.

Von den meisten Betroffenen (n=31) wurde dabei leichte Ablenkbarkeit in mindestens mäßiger Ausprägung berichtet. Flüchtigkeitsfehler und Konzentrationsschwierigkeiten berichteten jeweils 26 der Betroffenen und jeweils 25 erinnerten sich an das schnelle Wechseln zwischen Aktivitäten und Zappeln mit mindestens mäßiger Schwere bzw. Häufigkeit. Von diesen fünf am häufigsten erfüllten Symptomen sind vier Unaufmerksamkeitssymptome und nur eines ein Symptom von Hyperaktivität/ Impulsivität.

Tabelle 7.17: Häufigkeit der Symptome mit mindestens mäßiger Ausprägung und Mittelwerte der Ratings bei ADHS im Kindesalter (n=31)

Symptome	Häufigkeit	Mittelwert (Standardabweichung)
Hyperaktivität/ Impulsivität		
Zappeln	25	4,37 (1,67)
Schwierigkeiten beim Sitzen bleiben	24	4,23 (1,70)
Hin und her laufen/auf Möbel klettern	9	1,90 (2,22)
Schwierigkeiten beim ruhigen Spielen	13	2,45 (2,00)
Großer Bewegungsdrang	19	3,39 (2,32)
Großer Rededrang	19	3,03 (2,23)
Schnelles Antworten auf unvollständige Fragen	17	3,26 (2,10)
Schwierigkeiten, abwarten zu können	22	3,57 (2,08)
Andere Kinder stören/bedrängen	17	2,67 (2,23)
Unaufmerksamkeit		
Flüchtigkeitsfehler	26	4,61 (1,76)
Konzentrationsschwierigkeiten	26	4,26 (2,00)
Nicht Zuhören	20	3,52 (2,08)
Aufgaben nicht beenden	22	3,65 (1,80)
Schneller Wechsel zwischen Aktivitäten	25	4,19 (1,40)
Keinen Spaß an Spielen/Aufgaben, die längere Aufmerksamkeit erfordern	14	3,10 (2,09)
Verlieren von Gegenständen	8	1,65 (1,84)
Leicht ablenkbar	27	4,26 (1,69)
Vergesslichkeit	12	2,16 (2,34)

Für Mädchen wird bei ADHS eine höhere Rate des unaufmerksamen Typus beschrieben (Miller & Castellanos, 1998). Die hier beobachtete Verteilung bei den am häufigsten erfüllten Symptomen deutet ebenfalls in diese Richtung. Allerdings sieht die Verteilung bei den vergebenen Diagnosen dann doch anders aus. Ein Drittel erfüllt die Kriterien für den gemischten

Typ (32,3%). Weniger als ein Viertel weist eine ADHS, unaufmerksamer Typ auf (22,6%) und fast die Hälfte erinnerte sich an Symptome, die den Kriterien des hyperaktiv-impulsiven Typs entsprachen (45,2%). Dieser scheinbare Widerspruch erklärt sich dadurch, dass die Symptome der Unaufmerksamkeit häufiger auch von denjenigen jungen Frauen für das Kindesalter berichtet wurden, die eigentlich nur die Kriterien für ein ADHS des hyperaktiv-impulsiven Typus erfüllten, als umgekehrt.

7.4.2.2 Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (SOT)

Welche einzelnen Symptome von den 48 im Kindesalter Betroffenen mit mindestens mäßiger Ausprägung berichtet wurden, ist in Tabelle 7.18 zusammengestellt.

Tabelle 7.18: Häufigkeit der Symptome mit mindestens mäßiger Ausprägung und Mittelwerte der Ratings bei SOT im Kindesalter (n=48)

Symptome	Häufigkeit	Mittelwert (Standardabweichung)
Nerven verlieren	23	2,50 (2,36)
Streit mit Erwachsenen	38	4,15 (1,77)
Sich Anweisungen widersetzen	36	4,12 (1,68)
Mit Absicht andere verärgern	26	2,87 (2,21)
Schwierigkeiten, Fehler zuzugeben	40	4,17 (1,93)
Häufig gereizt oder verärgert über andere Personen sein	36	3,77 (1,79)
Häufig wütend/ beleidigt sein	44	4,52 (1,32)
Boshaft/ nachtragend sein	34	3,54 (2,09)

Am häufigsten wurden „häufiges Wütendsein“ (92% Betroffener) und Schwierigkeiten beim Zugeben von Fehlern (83% Betroffener) berichtet. Nur das Symptom „Nerven verlieren“ wurde von weniger als der Hälfte der Betroffenen berichtet. Gerade rund 50% der Betroffenen gaben an, bei mindestens mäßiger Ausprägung im Kindesalter, mit Absicht andere verärgert zu haben. Alle übrigen Symptome wurden von zwischen 70 und 80% der Betroffenen mit mindestens mäßiger Schwere/ Häufigkeit berichtet.

7.4.2.3 Störung des Sozialverhaltens (SSV)

Tabelle 7.19 zeigt, wie viele der acht jungen Frauen, die im Kindesalter die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens erfüllten, die jeweils erfragten Symptome im klinischen Sinne, also mit mindestens mäßiger Ausprägung (ein Rating von mindestens 4, vgl. Abschnitt 6.4.1, S.106ff.) berichteten. In Tabelle 7.19 sind auch die jeweiligen Mittelwerte und Standardabweichungen für die einzelnen Symptome für die acht Betroffenen angegeben.

Tabelle 7.19: Häufigkeit der Symptome mit mindestens mäßiger Ausprägung und Mittelwerte der Ratings bei SSV im Kindesalter (n=8)

Symptome	Häufigkeit	Mittelwert (Standardabweichung)
Andere tyrannisieren/bedrohen/belästigen	1	1,25 (2,55)
Schlägereien anzetteln	2	1,75 (2,71)
Körperlich gewalttätig anderen gegenüber	3	2,13 (1,73)
Bestehlen einer Person in deren Beisein	1	0,50 (1,41)
Beschädigen fremder Sachen/mit Absicht etwas kaputtmachen	1	1,25 (1,49)
Einbrechen	1	0,87 (2,47)
Nicht die Wahrheit sagen	7	4,00 (1,77)
Etwas stehlen	4	2,88 (2,53)
Nachts länger von zu Hause fortbleiben als erlaubt	6	4,38 (2,92)
Von zu Hause weglaufen/nicht zurückkehren	4	2,63 (2,45)
Nicht zur Schule/Arbeit gehen	7	

Von fast allen Betroffenen wurde in mindestens mäßigem Ausmaß berichtet, nicht die Wahrheit gesagt zu haben und nachts länger als erlaubt weggeblieben zu sein. Auch gaben fast alle Betroffenen an, die Schule geschwänzt zu haben. Dieses Symptom wurde nur mit „ja“ oder „nein“ beantwortet und nicht nach Schwere oder Häufigkeit eingeschätzt, deshalb ist auch kein Mittelwert angegeben. Von jeweils nur einer Frau wurden die folgenden Symptome in mindestens mäßiger Ausprägung berichtet: „andere tyrannisieren/ bedrohen/ belästigen“, „Bestehlen einer Person in deren Beisein“, „Beschädigen fremder Sachen/ mit Absicht etwas kaputtmachen“ und „Einbrechen“. In der Liste möglicher Symptome sind noch vier weitere aufgeführt, die aber von keiner der betroffenen Frauen in mindestens mäßiger Schwere/ Häufigkeit berichtet wurden. Gar nicht, auch nicht unterschwellig, traten folgende Symptome auf: „Gebrauch von Waffen“ und „Feuer legen“. Unterschwellig traten diese

beiden Symptome auf: „Tiere quälen“ und „andere zwingen, etwas zu tun“. Möglicherweise sind diese selten berichteten Symptome für Mädchen mit einer SSV untypisch; allerdings wäre für eine solche Aussage ein Vergleich mit Jungen notwendig.

7.4.3 Zusammenfassung und Diskussion

In diesem Abschnitt wurden Antworten auf die vierte Frage gesucht (vgl. Kapitel 5, S.97):

Frage (4): Welche Symptome werden berichtet?

Bei den Spezifischen Phobien wurde eine prozentuale Abnahme von Tierphobien vom Kindes- zum Erwachsenenalter beobachtet, wobei in absoluten Zahlen im Erwachsenenalter mehr Personen von einer Tierphobie betroffen sind als im Kindesalter. Bei situativen Auslösern für Spezifische Phobien nahm der Anteil Betroffener vom Kindes- zum Erwachsenenalter zu. Diese Veränderung ist vor allem auf Flug- und Autofahr-Ängste zurückzuführen. Strauss und Last (1993) fanden insgesamt bei 32% der Kinder mit Spezifischen Phobien Ängste vor Tieren und bei 29% Ängste vor Dunkelheit. Bei sozialen Ängsten gibt es nur eine geringe anteilige Verschiebung hinsichtlich der phobischen Situationen zwischen Kindes- und Erwachsenenalter. Nach den Angaben der betroffenen jungen Frauen nahmen die Probleme hinsichtlich mangelnder Selbst-sicherheit vom Kindes- zum Erwachsenenalter ab; dahingegen nahm der Anteil von Personen mit Prüfungsängsten vom Kindes- zum Erwachsenenalter zu (vgl. Francis, 1990, Strauss & Last, 1993). Häufige Probleme bei Zwangsstörungen waren „Zweifel“ (Zwangsgedanken) und „Kontrollieren“ (Zwangshandlungen) (vgl. Swedo et al., 1992).

Entgegen der Vermutung, dass in der vorliegenden Stichprobe aufgrund der rein weiblichen Stichprobe der Anteil des unaufmerksamen Typus beim ADHS besonders groß wäre (Miller & Castellanos, 1998), macht diese Gruppe nur den kleinsten Teil der Betroffenen aus. Die größte Untergruppe mit fast der Hälfte der Betroffenen ist auch bei Mädchen vom hyperaktiv-impulsiven Typ. Die bei SSV genannten Symptome sind aufgrund der geringen Fallzahl nur bedingt interpretierbar. Es deutet sich aber erwartungsgemäß an, dass direkte Anwendung von Gewalt selten berichtet wird. Häufiger sind eher oppositionelle Verhaltensweisen, wie nachts länger von zu Hause fortbleiben, lügen oder nicht zur Schule zu gehen.

7.5 Störungen im Kindesalter und soziodemographische Charakteristika

7.5.1 Schul- und Ausbildungsabschlüsse

Immer wieder wird diskutiert, inwieweit psychische Störungen im Kindesalter neben einem möglichen Zusammenhang mit psychischen Problemen im weiteren Leben auch mit einem schlechteren sonstigen Anpassungsniveau zusammenhängen. Oft beschrieben wurde beispielsweise, dass Kinder mit einer ADHS Schulprobleme haben. Ein Problem bei der TAS ist das Vermeiden des Schulbesuchs, was dann Schulschwierigkeiten nach sich ziehen kann. Können bezüglich des Vorliegens einer psychischen Störung im Kindesalter und dem erreichten Schul- und/ oder Ausbildungsabschluss in unserer Stichprobe Zusammenhänge gefunden werden?

Tabelle 7.20: Anzahl und prozentuale Verteilung der höchsten erreichten Schulabschlüsse nach psychischen Störungen im Kindesalter

Störung in Kindheit	noch in der Schule	kein Schulabschluss	Hauptschule	10.Klasse	Abitur
Gesamt (N=2064)	3,6% (75)	0,4% (8)	3,7% (76)	33,8% (697)	58,5% (1207)
keine Störung (n=1571)	3,2% (50)	0,3% (4)	3,3% (52)	32,9% (511)	60,7% (953)
irgendeine psychische Störung (n=493)	1,7% (25)	0,8% (4)	4,9% (24)	37,7% (186)	51,5% (254)
Angststörung (n=386)	5,2% (20)	0,8% (3)	4,9% (19)	36,3% (140)	52,8% (204)
Expansive Störung (n=77)	2,6% (2)	0	5,2% (4)	53,2% (41)	39,0% (30)
Ausscheidungs- störung (n=73)	6,8% (5)	1,4% (1)	6,8% (5)	34,2% (25)	50,7% (37)

In Tabelle 7.20 sind die Verteilungen der höchsten Schulabschlüsse dargestellt. Wie in der Gesamtstichprobe sind auch bei in der Kindheit von psychischen Störungen Betroffenen die Häufigkeitsverteilungen der Schulabschlüsse ähnlich. Allerdings fällt auf, dass bei Personen, die für die Kindheit keine psychische Störung berichteten, der Anteil derer, die das Abitur als höchsten Schulabschluss haben, etwas höher ist als in der Gesamtstichprobe. Es bestehen signifikante Unterschiede hinsichtlich der Schulabschlüsse zwischen Frauen, die für das Kindesalter das Vorliegen einer psychischen Störung berichten, und Frauen, die sich nicht an psychische Störungen im Kindesalter erinnern ($\chi^2=17,519$, $df=4$, $p=.002$). Welche Richtung dabei die jeweiligen Zusammenhänge aufweisen, wurde aus den standardisierten Residuen abgeleitet. Das jeweils berichtete χ^2 ist auf Basis der gesamten Kreuztabelle berechnet, wobei die Zellen durch das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer bestimmten Störung im Kindesalter und die verschiedenen Schulabschlüsse definiert werden. Bei Perso-

nen mit irgendeiner psychischen Störung im Kindesalter, einer Angststörung oder einer Ausscheidungsstörung liegt der Anteil von Personen, die das Abitur haben, immer noch bei reichlich 50%. Aber auch Personen, die für das Kindesalter eine Angststörung berichten, unterscheiden sich signifikant von Personen, die im Kindesalter nicht unter einer Angststörung litten ($\chi^2=10,419$, $df=4$, $p=.034$). Deutlich niedriger ist der Anteil von Abiturienten bei Personen, die angaben, im Kindesalter unter einer expansiven Störung gelitten zu haben. Auch junge Frauen, die für das Kindesalter das Bestehen expansiver Störungen berichteten, wiesen signifikante Unterschiede zu solchen Frauen auf, die im Kindesalter nicht unter einer expansiven Störung litten ($\chi^2=15,232$, $df=4$, $p=.004$). Der Anteil von Personen, die die Schule ohne Schulabschluss verlassen haben, ist in allen Gruppen sehr niedrig. Hier findet sich bei Vorliegen einer expansiven Störung im Kindesalter kein Anstieg. Der Anteil von Personen, die einen Hauptschulabschluss haben, ist bei Vorliegen einer psychischen Störung im Kindesalter höher, als wenn im Kindesalter keine psychische Störung bestand. Bei jungen Frauen, die für das Kindesalter eine Angst- oder Ausscheidungsstörung berichteten, war der Anteil von Personen, die noch zur Schule gingen, etwas höher als in der Gesamtstichprobe. Junge Frauen, die für das Kindesalter eine Ausscheidungsstörung berichteten, wiesen hinsichtlich des Schulabschlusses keine signifikanten Unterschiede zu jungen Frauen auf, die nicht von einer solchen Störung betroffen waren ($\chi^2=6,887$, $df=4$, $p=.142$). Inwieweit Störungen, die für das Kindesalter berichtet werden, auch Zusammenhänge mit den erreichten Ausbildungsabschlüssen aufweisen, soll im Folgenden betrachtet werden. In Tabelle 7.21 (S.165) sind die erreichten Ausbildungsabschlüsse in Hinblick auf die Häufigkeit bei Vorliegen einer psychischen Störung im Kindesalter zusammengestellt.

Bei allen Gruppen befindet sich der jeweils größte Anteil von Personen noch in Ausbildung, was dem Alter unserer Stichprobe zuzuschreiben ist. Allerdings liegt dieser Anteil bei der Gesamtstichprobe, bei denen, die im Kindesalter keine psychische Störung aufwiesen, sowie bei Personen, die unter einer Ausscheidungsstörung litten, bei über 50%. Beim Vorliegen irgendeiner Störung bzw. einer Angststörung liegt der Anteil bei fast 50%. Deutlich niedriger ist der Anteil von noch in Ausbildung befindlichen Personen bei jungen Frauen, die für das Kindesalter eine expansive Störung berichteten. Junge Frauen, die vom Vorliegen einer expansiven Störung berichteten, unterscheiden sich hinsichtlich der Ausbildungsabschlüsse signifikant von jungen Frauen, die im Kindesalter nicht unter einer expansiven Störung litten ($\chi^2=24,761$, $df=5$, $p=.000$). Beim Vorliegen irgendeiner Störung im Kindesalter, bei Angststörungen im Kindesalter sowie bei Ausscheidungsstörungen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich mit den jeweils nicht betroffenen jungen Frauen ($\chi^2=7,320$, $df=5$, $p=.198$ vs. $\chi^2=8,763$, $df=5$, $p=.119$ vs. $\chi^2=2,879$, $df=5$, $p=.719$).

Tabelle 7.21: Anzahl und prozentuale Verteilung der erreichten Ausbildungsabschlüsse nach psychischen Störungen im Kindesalter

Störung in Kindheit	noch keinen	keinen	Lehre	(Berufs-) Fachschule	(Fach-) Hochschule	anderer
Gesamt (N=2064)	53,1% (1096)	6,6% (136)	19,5% (403)	15,7% (325)	3,6% (74)	0,6% (13)
keine Störung (n=1571)	54,7% (854)	6,0% (94)	19,2% (300)	15,6% (244)	3,8% (59)	0,6% (9)
irgendeine psychische Störung (n=493)	49,7% (242)	8,6% (42)	21,1% (103)	16,6% (81)	3,1% (15)	0,8% (4)
Angststörung (n=386)	49,2% (188)	9,4% (36)	22,0% (84)	15,7% (60)	3,1% (12)	0,5% (2)
Expansive Störung (n=77)	32,9% (25)	10,5% (8)	22,4% (17)	30,3% (23)	1,3% (1)	2,6% (2)
Ausscheidungsstörung (n=73)	57,7% (41)	5,6% (4)	22,5% (16)	9,9% (7)	4,2% (3)	0

7.5.2 Beschäftigungssituation und sozioökonomischer Status

Die häufig diskutierte schlechtere allgemeine Anpassung von Personen mit psychischen Störungen könnte sich auch im jeweils bestehenden Beschäftigungsverhältnis und dem allgemeinen sozioökonomischen Status niederschlagen. Bei den Angaben zur Erwerbstätigkeit fehlten von fünf Teilnehmerinnen die entsprechenden Informationen. Tabelle 7.22 (S.166) zeigt die prozentuale Verteilung und absolute Häufigkeiten der jeweiligen Beschäftigungssituation in Bezug auf Störungen im Kindesalter. Die prozentuale Verteilung hinsichtlich der Beschäftigungssituation war bei erinnerter Störung etwa gleich der ohne erinnerte Störung. So war jeweils rund die Hälfte der jungen Frauen derzeit nicht erwerbstätig, ein knappes Drittel arbeitete Vollzeit, es wurde etwas häufiger stundenweise als teilzeit gearbeitet, und der kleinste Teil der jungen Frauen befand sich im Mutterschafts- bzw. Erziehungsurlaub. Mit einer Ausnahme finden sich für keine der betrachteten Störungen im Kindesalter mit dem bestehenden Beschäftigungsverhältnis signifikante Zusammenhänge (irgendeine Störung: $\chi^2=3,770$, $df=4$, $p=.438$, Angststörung: $\chi^2=6,264$, $df=4$, $p=.180$, Ausscheidungsstörungen: $\chi^2=3,147$, $df=4$, $p=.534$). Junge Frauen, die sich für das Kindesalter an das Vorliegen einer expansiven Störung erinnerten, befanden sich signifikant häufiger im Mutterschafts- bzw. Erziehungsurlaub, waren etwas häufiger vollzeitbeschäftigt und arbeiteten seltener stundenweise als junge Frauen, die sich nicht an eine solche Störung erinnerten ($\chi^2=10,187$, $df=4$, $p=.037$). Die Richtung der Zusammenhänge wurde auch hier anhand der standardisierten Residuen ermittelt.

Tabelle 7.22: Anzahl und prozentuale Verteilung des bestehenden Beschäftigungsverhältnis'

Störung in Kindheit	Vollzeit	Teilzeit (15-34h)	Stundenweise (<15h)	Mutterschafts-/ Erziehungsurlaub	nicht erwerbstätig
Gesamt (N=2059)	31,4% (646)	6,0% (123)	10,0% (206)	2,9% (60)	49,7% (1024)
keine Störung (n=1566)	32,2% (504)	6,1% (96)	10,1% (158)	2,7% (42)	48,9% (766)
irgendeine psychische Störung (n=493)	28,8% (142)	5,5% (27)	9,7% (48)	3,7% (18)	52,3% (258)
Angststörung (n=386)	26,7% (103)	5,2% (20)	11,4% (44)	3,1% (12)	53,6% (207)
Expansive Störung (n=77)	37,7% (29)	6,5% (5)	5,2% (4)	7,8% (6)	42,9% (33)
Ausscheidungsstörung (n=73)	30,1% (22)	4,1% (3)	6,8% (5)	5,5% (4)	53,4% (39)

Der sozioökonomische Status konnte für acht befragte Frauen nicht berechnet werden (vgl. Abschnitt 6.3, S.103f.). In Tabelle 7.23 sind die prozentuale Verteilung und die absoluten Häufigkeiten des sozioökonomischen Status in Bezug auf Störungen im Kindesalter aufgeführt.

Tabelle 7.23: Anzahl und prozentuale Verteilung des sozioökonomischen Status

Störung in Kindheit	niedrig	mittel	hoch
Gesamt (N=2056)	32,0% (658)	60,0% (1233)	8,0% (165)
keine Störung (n=1566)	30,8% (483)	60,7% (951)	8,4% (132)
irgendeine psychische Störung (n=490)	35,7% (175)	57,6% (282)	6,7% (33)
Angststörung (n=384)	37,0% (142)	57,0% (219)	6,0% (23)
Expansive Störung (n=77)	46,8% (36)	51,9% (40)	1,3% (1)
Ausscheidungsstörung (n=71)	32,4% (23)	54,9% (39)	12,7% (9)

Bezogen auf die Gesamtstichprobe sind etwa ein Drittel der Befragten einem niedrigen, 60% einem mittleren und nicht einmal 10% einem hohen sozioökonomischen Status zuzu-

ordnen. Diese Verteilung verschiebt sich bei Vorliegen irgendeiner psychischen Störung im Kindesalter und beim Vorliegen einer Angststörung im Kindesalter etwa gleichermaßen in Richtung eines niedrigen sozioökonomischen Status ($\chi^2=4,731$, $df=2$, $p=.094$ und $\chi^2=6,771$, $df=2$, $p=.034$). Bei expansiven Störungen ist diese Verschiebung deutlich stärker. Junge Frauen, die sich für das Kindesalter an eine expansive Störung erinnerten, erreichten kaum (nur eine Frau) einen hohen sozioökonomischen Status. Knapp die Hälfte dieser jungen Frauen war einem niedrigen sozioökonomischen Status zuzuordnen ($\chi^2=10,806$, $df=2$, $p=.005$). Bei denjenigen Frauen, die für das Kindesalter eine Ausscheidungsstörung berichteten, fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge; aber an der prozentualen Verteilung ist zu sehen, dass der Anteil junger Frauen, die einem hohen sozioökonomischen Status zugeordnet werden können, etwas höher ist als bei einer der anderen Störungen im Kindesalter ($\chi^2=2,297$, $df=2$, $p=.317$).

7.5.3 Partnerschaft und Kinder

Interessant erscheint auch die Frage, ob junge Frauen, die im Kindesalter unter einer psychischen Störung litten, im Erwachsenenalter Unterschiede zu jungen Frauen, die im Kindesalter gesund waren, dahingehend aufweisen, ob sie mit größerer oder geringerer Wahrscheinlichkeit in einer Partnerschaft leben und ob sie eigene Kinder haben. Hier könnten verschiedene Hypothesen aufgestellt werden. Beispielsweise könnte man vermuten, dass sich eine Angststörung im Kindesalter nachteilig auf die Partnersuche auswirkt. Allerdings könnte es auch sein, dass im Sinne eines Sicherheitsverhaltens schneller eine feste Bindung eingegangen wird. Hinsichtlich der SSV wird für junge Frauen ein unvorsichtigeres sexuelles Kontaktverhalten beschrieben. Dabei stellt sich die Frage, ob diese jungen Frauen dann eher schwanger werden, aber seltener das Bestehen einer Partnerschaft angeben. Zum Verlauf können in der vorliegenden Arbeit leider keine Aussagen gemacht werden. Es können nur mögliche Korrelationen aufgedeckt werden, die dann in prospektiven Studien gegebenenfalls genauer betrachtet werden müssten.

In unserer Gesamtstichprobe gaben 66,6% an, einen Partner zu haben. Von den jungen Frauen, bei denen im Kindesalter eine psychische Störung bestand, gaben 68,6% an, einen Partner zu haben. Bei den Probandinnen, die im Kindesalter keine psychische Störung aufwiesen, hatten 66,0% einen Partner. Bezogen auf expansive Störung im Kindesalter, lag der Anteil von Frauen mit einem Partner bei 70,1%, bezogen auf Angststörungen bei 70,2% und bezogen auf Ausscheidungsstörungen bei 63,0%. Hier ergeben sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge ($\chi^2=2,750$, $df=1$, $p=.097$ vs. $\chi^2=.444$, $df=1$, $p=.505$ vs. $\chi^2=.442$, $df=1$, $p=.506$). Auch für das Vorliegen irgendeiner psychischen Störung im Kindesalter und dem Bestehen einer Partnerschaft ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge ($\chi^2=1,098$, $df=1$, $p=.295$).

Innerhalb unserer Stichprobe hatten 6,9% ($n=143$) der jungen Frauen eigene Kinder. Von den jungen Frauen, die für das Kindesalter keine psychische Störung berichteten, hatten

nur 5,9% (n=92) eigene Kinder. Von den jungen Frauen, die im Kindesalter unter einer psychischen Störung litten, hatten 10,3% (n=51) eigene Kinder. 17,8% (n=13) der Frauen, die im Kindesalter von einer Ausscheidungsstörung betroffen waren, hatten zum Zeitpunkt unserer Befragung eigene Kinder. Von den jungen Frauen, die im Kindesalter die Kriterien einer expansiven Störung erfüllten, hatten 14,3% (n=11) eigene Kinder. Von den jungen Frauen, die im Kindesalter eine Angststörung hatten, haben 9,3% (n=36) eigene Kinder. Bei den jungen Müttern lag der Anteil von Frauen, die im Kindesalter unter einer psychischen Störung litten, mit 35,7% deutlich höher als die Prävalenzrate von 23,9% in unserer Gesamtstichprobe.

Die statistische Signifikanz dieser Beobachtungen kann mit Hilfe von Odds Ratios überprüft werden. In Tabelle 7.24 sind die ORs und die zugehörigen 95%-Konfidenzintervalle zusammengestellt.

Tabelle 7.24: ORs zwischen psychischen Störungen im Kindesalter und einer Mutterschaft

	Irgendeine psychische Störung	Angststörung	Expansive Störung	Ausscheidungsstörung
Eigene Kinder	1,86 (1,30-2,65)	1,51 (1,02-2,24)	2,34 (1,21-4,54)	3,10 (1,66-5,80)

Dies ist ein durchaus überraschendes Ergebnis: junge Frauen in unserer Stichprobe, die sich für das Kindesalter an eine psychische Störung erinnerten, haben signifikant häufiger eigene Kinder als diejenigen jungen Frauen, die keine psychischen Probleme im Kindesalter berichteten. Diese Beobachtung müsste in anderen Studien überprüft werden, um dann auch mögliche Hintergründe genauer erfassen zu können.

7.5.4 Zusammenfassung und Diskussion

In diesem Abschnitt wurden Antworten auf die fünfte Frage gesucht (vgl. Kapitel 5, S.97):

Frage (5): Welche Zusammenhänge sind zwischen ausgewählten Störungen im Kindesalter und einigen soziodemographischen Merkmalen im jungen Erwachsenenalter zu finden?

Erwartungsgemäß weisen junge Frauen, die für das Kindesalter eine psychische Störung erinnern, eine niedrigere Schulbildung auf als junge Frauen ohne psychische Störung im Kindesalter. Betroffene junge Frauen legen seltener das Abitur ab und haben häufiger einen Haupt- oder Realschulabschluss. Der Anteil von jungen Frauen, die die Schule ohne Abschluss verlassen hatten, ist in der betrachteten Stichprobe so gering, dass hierzu keine Aussagen möglich sind. Dieser Effekt ist bei allen im Kindesalter häufigeren Störungsgruppen zu beobachten. Die niedrigste Schulbildung weisen junge Frauen auf, die für das Kindesalter das Vorliegen einer expansiven Störung berichteten. Hinsichtlich der Ausbildungsabschlüsse unterschieden sich nur die von einer expansiven Störung im Kindesalter betroffenen jungen Frauen signifikant von den im Kindesalter nicht von einer expansiven Störung betroffenen jungen Frauen. Allerdings könnte sich an dieser Stelle auch der beachtliche Unterschied hinsichtlich der Schulabschlüsse erneut niederschlagen. Junge Frauen, die eine expansive Störung berichtet hatten, waren deutlich seltener „noch in Ausbildung“ als junge Frauen ohne diese Probleme. Auffallend war aber bei den expansiven Störungen der große Anteil von Personen, die keine Ausbildung absolvierten und dies derzeit auch nicht tun. Bei der Betrachtung der Erwerbssituation fanden sich nur für diejenigen jungen Frauen signifikante Zusammenhänge, die sich für das Kindesalter an das Vorliegen einer expansiven Störung erinnerten. Allerdings zeigte sich dabei kein klar interpretierbares Ergebnis. Mit Ausnahme der jungen Frauen, die im Kindesalter unter einer Enuresis litten, zeigte sich für alle jungen Frauen, die im Kindesalter von einer psychischen Störung betroffen waren, eine signifikant häufigere Einordnung in einen niedrigeren sozioökonomischen Status im Vergleich mit jungen Frauen, die sich an keine solche Störung erinnerten. Mit dieser beobachteten Tendenz zu niedrigeren Schul- und Ausbildungsabschlüssen und damit auch zu einem niedrigeren sozioökonomischen Status passen diese Ergebnisse zu den Beobachtungen anderer Autoren (Silverman & Nelles, 1990, Francis, 1990, Pliszka, 1998, Pajer, 1998). Junge Frauen, die sich für das Kindesalter an das Vorliegen einer psychischen Störung erinnerten, hatten signifikant häufiger schon eigene Kinder als im Kindesalter gesunde junge Frauen. Für expansive Störungen hatte dies auch schon Pajer (1998) beobachtet. Allerdings könnte sich auch hier der niedrigere Schulabschluss widerspiegeln; Frauen, die die Schule eher abschließen, beenden auch eine Berufsausbildung eher und gründen dann eben wahrscheinlich auch früher eine eigene Familie als junge Frauen, die das Abitur ablegen und studieren.

7.6 Psychische Störungen im Kindesalter und psychische Störungen im Erwachsenenalter bzw. innerhalb der letzten zwölf Monate

Ein Zusammenhang zwischen psychischen Störungen im Kindesalter und psychischen Störungen im Erwachsenenalter erscheint sehr wahrscheinlich und wäre wenig überraschend. Was sehr viel interessanter ist, sind die Stärke bestimmter Zusammenhänge und auch bestimmte Muster von Zusammenhängen. Einen ersten groben Überblick hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen im Kindesalter und psychischen Störungen im Erwachsenenalter gibt Tabelle 7.25 (S.171). In dieser Tabelle wurden die jeweiligen Erstauftretensalter einer Störung miteinander in Beziehung gesetzt und die Hazard-Ratios (HR) berechnet. Ein Hazard-Ratio zwischen Störung A und Störung B ist nur berechenbar, wenn es Fälle gibt, in denen Störung A Störung B vorausgegangen ist. Die Auswertungen für die Zusammenhänge zwischen Störungen im Kindes- und Störungen im Erwachsenenalter schließen sich in den folgenden Abschnitten an.

Panik- und Zwangsstörung als spätere Störungen wurden in Tabelle 7.25 nicht vergessen, sondern bewusst nicht aufgeführt, da keine der früheren Störungen einen signifikanten Zusammenhang mit diesen Störungen aufweist. Das Gleiche trifft auf Anorexia nervosa und die einzelnen substanzbezogenen Störungen zu, die jedoch als Gruppe betrachtet durchaus Zusammenhänge aufweisen, was allerdings hier nicht mit ausgewertet werden konnte, aber im Weiteren aufgeführt wird. Als Erstes fallen möglicherweise die sehr hohen Hazard-Ratios zwischen ADHS einerseits und Bipolarer bzw. Zyklotyper Störung andererseits, zwischen SOT und Zyklotymie sowie zwischen SSV und Hypochondrie auf. Bei diesen Werten finden sich auch sehr breite Konfidenzintervalle, was auf niedrige Fallzahlen hinweist. Es handelt sich also um einen deutlichen Zusammenhang; allerdings ist der Faktor, um den die Wahrscheinlichkeit für die spätere Störung bei Vorliegen der früheren Störung ansteigt, mit großer Ungenauigkeit behaftet. Sehr viel enger fallen die Konfidenzintervalle beispielsweise zwischen vorausgehender Spezifischer und Sozialer Phobie und späterer Major Depression oder auch zwischen Enuresis und Major Depression aus. Hier ist also auch der Faktor des Hazard-Ratios sicherer interpretierbar. Die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, erhöht sich etwa um den Faktor 2, wenn irgendwann eine Enuresis vorlag. Entsprechend können auch die anderen Werte jeweils unter Beachtung des Konfidenzintervalls interpretiert werden. Spezifische und Soziale Phobie sowie Enuresis erscheinen nach diesem ersten Überblick als eher unspezifische Vorläufer oder Risikofaktoren für spätere Störungen, wohingegen offenbar Zwangsstörungen, TAS, ADHS, SOT und auch SSV spezifischere Zusammenhänge mit einzelnen späteren Störungen aufweisen.

Tabelle 7.25: Hazard-Ratios zwischen den ausgewählten frühen Störungen und häufigeren späteren Störungen und 95%-Konfidenzintervall

spätere Störung frühere Störung	Spez. Phobie	Soziale Phobie	Agoraphobie	GAS	PTB	Major Depression	Dysthymie	Bipolare Störung	Zyklothymie	Somatoforme Schmerzstörung	Hypochondrie	Bulimia nervosa
Spez. Phobie	X (1,53- 3,04) [37/59]	2,16 (1,08- 4,37) [9/9]	2,17 (1,08- 4,37) [9/9]	n.s. [11/13]	n.s. [8/13]	2,22 (1,64- 3,02) [51/54]	3,17 (1,48- 6,83) [9/9]	n.s. [1/1]	n.s. [1/1]	2,23 (1,14- 4,37) [11/11]	X	n.s. [7/8]
Soziale Phobie	2,25 (1,32- 3,82) [16/59]	X (1,53- 4,37) [9/9]	4,67 (2,47- 8,83) [13/23]	n.s. [10/16]	2,32 (1,21- 4,44) [9/15]	1,95 (1,40- 2,72) [42/54]	2,80 (1,14- 6,87) [6/15]	n.s. [3/4]	n.s. [1/1]	2,89 (1,5- 5,56) [12/14]	n.s. [1/1]	2,96 (1,33- 6,62) [8/13]
Zwangs- störung	X [0/4]	4,34 (1,78- 10,59) [5/10]	6,28 (1,49- 26,61) [2/3]	n.s. [1/1]	6,69 (2,07- 21,61) [3/5]	n.s. [2/4]	X [0/1]	n.s. [1/2]	X	X	n.s. [1/1]	X
TAS	3,80 (1,77- 8,15) [7/12]	n.s. [7/10]	n.s. [2/2]	n.s. [2/2]	n.s. [3/3]	3,09 (1,76- 5,42) [14/14]	X [0/1]	n.s. [1/1]	X	n.s. [2/2]	n.s. [2/2]	X
ADHS	3,88 (1,80- 8,37) [7/8]	n.s. [3/5]	X	n.s. [1/1]	5,00 (1,80- 13,83) [3/4]	n.s. [5/5]	X	23,02 (6,03- 87,94) [3/3]	38,20 (3,21- 455,00) [1/1]	11,27 (4,67- 27,16) [6/6]	X	n.s. [1/1]
SOT	2,52 (1,17- 5,46) [7/15]	n.s. [11/13]	n.s. [1/1]	n.s. [2/2]	n.s. [3/5]	1,94 (1,11- 3,42) [14/14]	n.s. [2/2]	n.s. [1/1]	26,00 (2,14- 317,00) [1/1]	3,49 (1,24- 9,81) [4/4]	X	n.s. [1/1]
SSV	6,68 (2,06- 21,66) [3/5]	n.s. [1/3]	X	X	X [0/2]	2,92 (1,20- 7,12) [5/5]	n.s. [1/1]	X	X	10,22 (3,14- 33,33) [3/4]	21,57 (2,46- 189,00) [1/1]	X [0/1]
Enuresis	n.s. [7/19]	1,83 (1,02- 3,27) [12/17]	n.s. [3/5]	3,47 (1,48- 8,10) [6/6]	n.s. [5/5]	1,87 (1,11- 3,17) [15/15]	n.s. [2/2]	n.s. [1/1]	X	n.s. [4/4]	9,57 (1,91- 47,93) [2/2]	3,87 (1,35- 11,09) [4/4]

Anmerkung: „X“ wurde für unbesetzte Felder bzw. für nicht zu berechnende Zusammenhänge (wie für Spezifische Phobie früher und später) eingetragen. Bei den Angaben in eckigen Klammern handelt es sich jeweils um die Anzahl von Fällen, die vor der späteren Störung begannen, im Unterschied zu den insgesamt komorbiden Fällen zwischen der jeweils früheren und späteren Störung, bezogen auf die Lebenszeit bei denen Angaben für den Störungsbeginn vorlagen (z.B. begann bei 37 der 59 komorbiden Fälle zwischen Spezifischer und Sozialer Phobie die Spezifische vor der Sozialen Phobie).

Im Folgenden sollen nun die Zusammenhänge zwischen Störungen im Kindes- und Störungen im Erwachsenenalter ausführlicher betrachtet werden. Einen Überblick hinsichtlich der Zusammenhänge auf Basis der Störungsgruppen zwischen Kindesalter und Erwachsenenalter gibt Tabelle 7.26 (S.173). In Tabelle 7.27 (S.174) sind dann die Zusammenhänge zwischen den Störungsgruppen im Kindesalter und innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Interview aufgeführt.

Zwischen den für das Kindesalter erinnerten Störungen und psychischen Störungen im Erwachsenenalter bestehen starke Zusammenhänge. Den deutlichsten Zusammenhang weisen dabei Angststörungen im Kindesalter mit Angststörungen im Erwachsenenalter auf, was zu einem Großteil auf den hohen Anteil Spezifischer und Sozialer Phobien zurückgeführt werden kann, die einen relativ frühen Beginn und aus der Erinnerung heraus eine hohe Stabilität aufweisen. Sehr hohe Stabilitätsraten - allerdings mit geringeren Fallzahlen - weisen auch affektive und somatoforme Störungen auf. Allerdings werden diese Störungen, da sie für das Kindesalter zu selten berichtet wurden und der mittlere Beginn im Jugend- bzw. frühen Erwachsenenalter lag, nicht im Einzelnen betrachtet. Signifikante Überschneidungen bestehen zwischen expansiven und Ausscheidungsstörungen einerseits und verschiedenen psychischen Störungen im Erwachsenenalter andererseits. Die ermittelten Odds Ratios liegen zwischen 2 und 5. Odds Ratios von über 10 fanden sich für den stabilen Verlauf von Angst-, affektiven und somatoformen Störungen.

Ebenfalls interessant erscheint die Betrachtung der jeweils angegebenen Prozentraten von den im Kindesalter oder den im Erwachsenenalter Betroffenen. Hier zeigt sich, dass über 80% der jungen Frauen, die für das Kindesalter eine Angststörung berichteten, auch im Erwachsenenalter unter einer psychischen Störung litten. Zwei Drittel derer, die das Vorliegen einer expansiven Störung erinnerten, und fast 60% derer, die im Kindesalter die Kriterien einer Ausscheidungsstörung erfüllten, waren im Erwachsenenalter von einer psychischen Störung betroffen. Bei affektiven und somatoformen Störungen war dieser Anteil jeweils noch höher (80% bzw. 85%), was darauf zurückzuführen sein könnte, dass Personen, die bei diesen Störungen einen so frühen Beginn aufweisen, insgesamt eine höhere Psychopathologie aufweisen.

Tabelle 7.26: Zusammenhänge hinsichtlich der Störungsgruppen zwischen Kindesalter und Erwachsenenalter

ab 18 bis 12	irgendeine psychische Störung (n=676)	Angst- störung (n=502)	Affektive Störung (n=230)	Somat. Störung (n=59)	Ess-Störung (n=58)	Substanz- störung (n=37)
irgendeine psychische Störung (n=493)	373 75,7 55,5 <u>13,01</u> (10,22-16,55)	323 65,5 64,3 <u>14,78</u> (11,60-18,83)	107 21,7 46,5 <u>3,26</u> (2,46-4,33)	30 6,1 50,8 <u>3,45</u> (2,05-5,81)	21 4,3 36,2 <u>1,84</u> (1,07-3,18)	18 3,7 48,6 <u>3,10</u> (1,61-5,95)
Angststörung (n=386)	323 83,7 47,8 <u>19,24</u> (14,34-25,83)	301 78,0 60,0 <u>26,02</u> (19,62-34,51)	90 23,3 39,1 <u>3,34</u> (2,49-4,48)	20 5,2 33,9 <u>2,30</u> (1,33-3,99)	18 4,7 31,0 <u>2,00</u> (1,13-3,53)	11 2,8 29,7 <u>1,86</u> (0,91-3,81)
Expansive Störung (n=77)	52 67,5 7,7 <u>4,54</u> (2,79-7,39)	31 40,3 6,2 <u>2,17</u> (1,36-3,46)	16 20,8 7,0 <u>2,17</u> (1,23-3,84)	9 11,7 15,3 <u>5,12</u> (2,42-10,84)	5 6,5 8,6 <u>2,53</u> (0,98-6,52)	5 6,5 13,5 <u>4,24</u> (1,61-11,21)
Ausscheidungs- störung (n=73)	42 57,5 6,2 <u>2,90</u> (1,81-4,66)	35 47,9 7,0 <u>3,01</u> (1,88-4,81)	14 19,2 6,1 <u>1,95</u> (1,07-3,55)	7 9,6 11,9 <u>3,95</u> (1,73-9,03)	5 6,8 8,6 <u>2,69</u> (1,04-6,93)	3 4,1 8,1 <u>2,47</u> (0,74-8,23)
Affektive Störung (n=15)	12 80,0 1,8 <u>8,34</u> (2,35-29,67)	8 53,3 1,6 <u>3,60</u> (1,30-9,97)	9 60,0 3,9 <u>12,41</u> (4,38-35,19)	0 0 0 <u>92,64</u> (17,58-488,17)	0 0 0 <u>92,64</u> (17,58-488,17)	2 13,3 5,4 <u>8,85</u> (1,93-40,71)
Somat. Störung (n=7)	6 85,7 0,9 <u>12,42</u> (1,49-103,38)	3 42,9 0,6 <u>2,34</u> (0,52-10,50)	1 14,3 0,4 <u>1,33</u> (0,16-11,10)	5 71,4 8,5 <u>92,64</u> (17,58-488,17)	0 0 0 <u>92,64</u> (17,58-488,17)	0 0 0 <u>92,64</u> (17,58-488,17)
Ess-Störung (n=3)	1 33,3 0,1 <u>1,03</u> (0,09-11,34)	0 0 0 <u>1,03</u> (0,09-11,34)	1 33,3 0,4 <u>4,00</u> (0,36-44,29)	0 0 0 <u>4,00</u> (0,36-44,29)	0 0 0 <u>4,00</u> (0,36-44,29)	0 0 0 <u>4,00</u> (0,36-44,29)

Anmerkung: Es sind jeweils in den Zellen angegeben: n, Zeilen-% (Prozent von im Kindesalter von der jeweiligen Störung Betroffener), Spalten-% (Prozent von Erwachsenen mit jeweiliger Störung), OR und 95%-CI. Im **Fettdruck** sind jeweils statistisch signifikante Zusammenhänge hervorgehoben, zusätzlich *kursiv* sind dabei diejenigen Zahlen, die sich auf geringe Zellenbesetzungen (<5) stützen.

Tabelle 7.27: Zusammenhänge hinsichtlich der Störungsgruppen zwischen Kindesalter und den letzten zwölf Monaten vor dem Interview

letztes Jahr bis 12	irgendeine psychische Störung (n=552)	Angst- störung (n=437)	Affektive Störung (n=118)	Somat. Störung (n=50)	Ess-Störung (n=30)	Substanz- störung (n=24)
irgendeine psychische Störung (n=493)	329 66,7 59,6 <u>12,13</u> (9,59-15,34)	294 59,6 67,3 <u>14,74</u> (11,50-18,91)	53 10,8 44,9 <u>2,79</u> (1,91-4,07)	29 5,9 58,0 <u>4,60</u> (2,60-8,15)	13 2,6 43,3 <u>2,47</u> (1,19-5,13)	9 1,8 37,5 <u>1,93</u> (0,84-4,44)
Angststörung (n=386)	293 75,9 53,1 <u>17,26</u> (13,20-22,57)	275 71,2 62,9 <u>23,17</u> (17,62-30,46)	44 11,4 37,3 <u>2,79</u> (1,89-4,12)	19 4,9 38,0 <u>2,75</u> (1,53-4,91)	10 2,6 33,3 <u>2,20</u> (1,02-4,75)	5 1,3 20,8 <u>1,15</u> (0,43-3,09)
Expansive Störung (n=77)	42 54,5 7,6 <u>3,48</u> (2,19-5,50)	28 36,4 6,4 <u>2,20</u> (1,37-3,55)	10 13,0 8,5 <u>2,60</u> (1,30-5,19)	9 11,7 18,0 <u>6,27</u> (2,93-13,42)	3 3,9 10,0 <u>2,94</u> (0,87-9,92)	2 2,6 8,3 <u>2,38</u> (0,55-10,32)
Ausscheidungs- störung (n=73)	37 50,7 6,7 <u>2,95</u> (1,84-4,71)	32 43,8 7,3 <u>3,06</u> (1,90-4,91)	7 9,6 5,9 <u>1,80</u> (0,81-4,01)	7 9,6 14,0 <u>4,80</u> (2,08-11,06)	4 5,5 13,3 <u>4,38</u> (1,49-12,89)	2 2,7 8,3 <u>2,52</u> (0,58-10,93)
Affektive Störung (n=15)	9 60,0 1,6 <u>4,16</u> (1,47-11,74)	6 40,0 1,4 <u>2,50</u> (0,89-7,07)	4 26,7 3,4 <u>6,17</u> (1,94-19,69)	0	0	1 6,7 4,2 <u>6,29</u> (0,79-49,86)
Somat. Störung (n=7)	5 71,4 0,9 <u>6,90</u> (1,34-35,68)	2 28,6 0,5 <u>1,49</u> (0,19-7,71)	1 14,3 0,8 <u>2,76</u> (0,33-23,14)	5 71,4 10,0 <u>111,61</u> (21,09-590,66)	0	0

Anmerkung: Es sind jeweils in den Zellen angegeben: n, Zeilen-% (Prozent von im Kindesalter von der jeweiligen Störung Betroffener), Spalten-% (Prozent von Erwachsenen mit jeweiliger Störung), OR und 95%-CI. Im **Fettdruck** sind jeweils signifikante Zusammenhänge hervorgehoben, zusätzlich *kursiv* sind dabei diejenigen Zahlen, die sich auf geringe Zellenbesetzungen (<5) stützen.

In Tabelle 7.27 fällt möglicherweise als Erstes auf, dass die Ess-Störungen für das Kindesalter nicht mehr erwähnt sind. Das liegt daran, dass keine der drei jungen Frauen, die schon für das Kindesalter eine Ess-Störung erinnerte, im letzten Jahr die Kriterien für eine psychische Störung erfüllte. Die Gruppe der Substanzstörungen wurde in beiden Tabellen für das Kindesalter ausgelassen, da hier nur ein Fall vorlag. Im Vergleich mit Tabelle 7.26 sind die Fallzahlen für die letzten zwölf Monate natürlich niedriger als für das Erwachsenenalter,

da es sich hierbei um ein Zeitfenster handelt, was bis zu 7 Jahre umfassen kann (bei einer 25-jährigen Probandin). Die Mehrzahl der signifikanten Überschneidungen zwischen Störungen im Kindesalter und Störungen im Erwachsenenalter findet sich aber auch zwischen Kindesalter und dem letzten Jahr vor der Erhebung wieder. Nicht mehr signifikant sind die Zusammenhänge mit Substanzstörungen im letzten Jahr (in Tabelle 7.26 [S.173] irgendeine psychische Störung im Kindesalter und expansive Störung im Kindesalter), zwischen Ausscheidungsstörungen im Kindesalter und affektiven Störungen im letzten Jahr sowie zwischen affektiven Störungen im Kindesalter und Angststörungen im letzten Jahr. Die verbleibenden signifikanten Odds Ratios liegen zwischen 2,2 und knapp 6,2, wobei Angst- und somatoforme Störungen wiederum eine deutlich höhere Stabilität aufweisen.

7.6.1 Angststörungen im Kindesalter und spätere psychische Störungen

Die Gruppe der Angststörungen im Kindesalter weist Zusammenhänge mit späteren Angst-, affektiven, somatoformen und Ess-Störungen auf (vgl. Tabelle 7.26 und 7.27, S.173f.). An dieser Stelle sollen nun die Zusammenhänge von Spezifischer und Sozialer Phobie, Zwangsstörung sowie TAS im Kindesalter mit späteren psychischen Störungen betrachtet werden. In einem ersten Schritt werden dabei Zusammenhänge dieser einzelnen Störungen mit den betrachteten Störungsgruppen im Erwachsenenalter bzw. während der letzten zwölf Monate vor dem Interview betrachtet. In einem zweiten Schritt wird nach der Stabilität geschaut, also nach dem durchgehenden Bestehen einer Störung vom Kindesalter bis ins Erwachsenenalter. An dritter Stelle sollen dann auch noch die vier Angststörungen im Kindesalter und gegebenenfalls bestehende signifikante Zusammenhänge mit einzelnen Störungen im Erwachsenenalter bzw. innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Interview dargestellt werden.

In Tabelle 7.28 (S.176) sind die Zusammenhänge der vier für das Kindesalter genauer betrachteten Angststörungen mit dem Vorliegen einer Störung aus einer der Störungsgruppen im Erwachsenenalter bzw. in den letzten zwölf Monaten vor dem Interview aufgeführt. In der Spalte „andere Angststörung“ wurden die rein stabil verlaufenden Fälle vom Kindesalter ins Erwachsenenalter herausgenommen; d.h., dass mindestens eine weitere Angststörung im Erwachsenenalter zu der ursprünglichen Angststörung aus dem Kindesalter hinzugekommen sein muss. Bei diesen Angaben ist also der Zusammenhang einer bestimmten Angststörung im Kindesalter mit anderen Angststörungen im Erwachsenenalter aufgeführt.

Tabelle 7.28: Ausgewählte Angststörungen im Kindesalter und Störungen im Erwachsenenalter sowie innerhalb der letzten zwölf Monate (nach Störungsgruppen)

	Angst- störung	andere Angst- störung	Affektive Störung	Somatoforme Störung	Ess-Störung	Substanz- störung
Erwachsenenalter						
Spezifische Phobie	169 25,92 (17,27-38,90)	60 2,31 (1,66-3,20)	44 2,67 (1,85-3,87)	11 2,23 (1,14-4,36)	10 2,00 (1,00-4,02)	6 1,84 (0,76-4,46)
Soziale Phobie	110 15,95 (10,32-24,66)	51 2,83 (1,96-4,08)	29 2,40 (1,55-3,71)	6 1,63 (0,69-3,87)	6 1,65 (0,70-3,91)	5 2,24 (0,86-5,85)
Zwangsstörung	14 44,78 (5,87-341,42)	8 3,69 (1,33-10,22)	2 1,27 (0,29-5,68)	0	0	3 14,82 (4,00-54,90)
Störung mit Trennungsangst	20 3,05 (1,64-5,67)	20 3,05 (1,64-5,67)	14 4,50 (2,32-8,72)	4 3,86 (1,33-11,22)	0	1 1,38 (0,19-10,31)
letztes Jahr vor dem Interview						
Spezifische Phobie	159 22,68 (15,67-32,81)	55 2,62 (1,87-3,68)	16 1,51 (0,87-2,62)	10 2,41 (1,19-4,90)	6 2,38 (0,96-5,90)	4 1,89 (0,64-5,59)
Soziale Phobie	98 11,76 (7,97-17,36)	45 2,80 (1,92-4,08)	19 2,97 (1,76-5,03)	6 1,96 (0,82-4,68)	3 1,58 (0,47-5,26)	2 1,28 (0,30-5,51)
Zwangsstörung	13 24,90 (5,60-110,75)	8 4,42 (1,59-12,26)	1 1,18 (0,15-9,05)	0	0	1 6,29 (0,79-49,86)
Störung mit Trennungsangst	19 3,32 (1,78-6,18)	19 3,32 (1,78-6,18)	3 1,31 (0,40-4,31)	4 4,64 (1,59-13,56)	0	0

Anmerkung: Es sind jeweils die Fallzahlen, das Odds Ratio und das 95%-Konfidenzintervall angegeben. Im **Fettdruck** sind jeweils signifikante Zusammenhänge hervorgehoben, zusätzlich *kursiv* sind dabei diejenigen Zahlen, die sich auf geringe Zellenbesetzungen (<5) stützen.

Sehr deutlich zeigt sich in Tabelle 7.28 der große Anteil der rein stabilen Fälle von Spezifischer und Sozialer Phobie. Es ergeben sich somit 109 Fälle, die vom Kindesalter an nur an einer Spezifischen Phobie und auch im Erwachsenenalter an keiner weiteren Angststörung litten. Bei 59 Betroffenen mit einer Sozialen Phobie, die bereits im Kindesalter begann, entwickelte sich keine weitere Angststörung, wobei aber die Soziale Phobie selbst bis ins Erwachsenenalter bestehen blieb. Bei der Betrachtung der Zusammenhänge der für das Kindesalter berichteten Störungen mit Störungen im Zeitraum von zwölf Monaten vor dem Interview ergeben sich diesbezüglich nur geringfügige Veränderungen der Fallzahlen. Auch bei Zwangsstörungen entfallen bei der Analyse ohne die stabilen Fälle sechs der ursprünglich 14 bzw. 13 Fälle, die auch im Erwachsenenalter bzw. in den letzten zwölf Monaten vor dem Interview von einer Angststörung betroffen waren. Die einzige Angststörung aus dem Kindesalter ist die TAS, bei der diese Betrachtung keine Auswirkungen hat. Die Zusammen-

hänge bleiben aber trotz der veränderten Fallzahlen signifikant, wobei das Odds Ratio kleiner, aber auch das Konfidenzintervall enger werden. Bei für das Kindesalter berichteten Spezifischen Phobien bestehen für die gleichen Störungsgruppen im Erwachsenenalter signifikante Überschneidungen wie für die Gruppe der Angststörungen im Kindesalter insgesamt (vgl. Tabelle 7.26, S.173). Hinsichtlich Störungen im letzten Jahr sind aber nur noch signifikante Zusammenhänge mit Angststörungen und somatoformen Störungen zu finden. Bei Personen, die für das Kindesalter das Vorliegen einer Sozialen Phobie berichteten, bestanden signifikante Zusammenhänge mit Angst und affektiven Störungen sowohl im Erwachsenenalter als auch im letzten Jahr. Diejenigen Frauen, die für das Kindesalter eine Zwangsstörung erinnerten, litten auch im Erwachsenenalter und im letzten Jahr signifikant häufiger an einer Angststörung als junge Frauen, die im Kindesalter keine Zwangsstörung berichteten. Diese jungen Frauen weisen für das Erwachsenenalter auch eine höhere Wahrscheinlichkeit für Substanzstörungen auf. Das Odds Ratio ist zwar signifikant, kann aber doch nur unter Vorbehalt interpretiert werden, da die Zellenbesetzung mit „3“ für eine sichere Aussage zu niedrig ist. Frauen, die das Vorliegen einer TAS im Kindesalter berichteten, waren signifikant häufiger im Erwachsenenalter und im letzten Jahr vor dem Interview von Angst- und somatoformen Störungen betroffen. Der Zusammenhang zwischen kindlicher TAS und affektiven Störungen ist nur bei der Betrachtung des Erwachsenenalters signifikant.

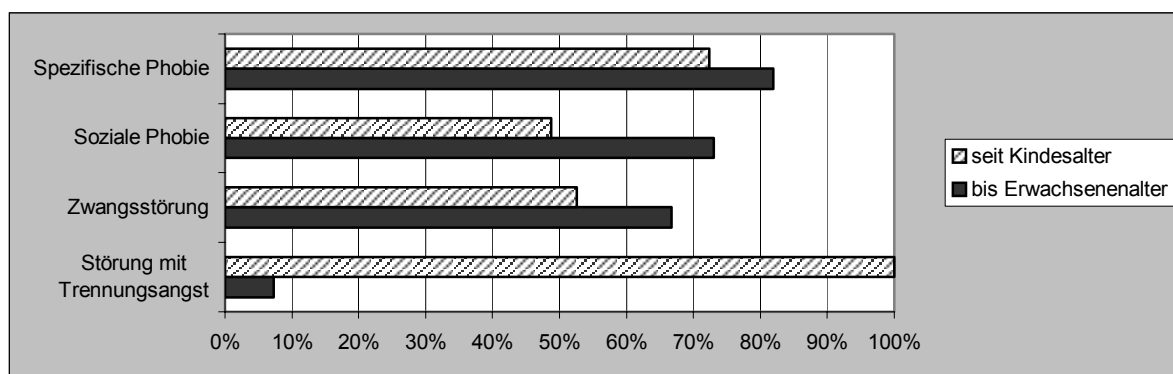


Abbildung 7.16: Stabilität der ausgewählten Angststörungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter

In Abbildung 7.16 sind die Anteile Betroffener dargestellt, bei denen die jeweilige Störung vom Kindesalter bis ins Erwachsenenalter fortbesteht, aber auch der Anteil im Erwachsenenalter Betroffener, die schon im Kindesalter unter der jeweiligen Störung litten. Im Falle Spezifischer Phobien besteht die Störung bei über 80% der im Kindesalter Betroffenen bis ins Erwachsenenalter fort, das entspricht dann über 70% der im Erwachsenenalter Betroffenen. Im Falle Sozialer Phobien sind fast drei Viertel der im Kindesalter Betroffenen auch im Erwachsenenalter noch von dieser Störung betroffen. Allerdings macht dies nur knapp die Hälfte der im Erwachsenenalter mit Sozialer Phobie diagnostizierten Fälle aus. Ähnlich ist das Verhältnis im Falle von Zwangsstörungen. Hier besteht bei zwei Drittel der im Kindesalter Betroffenen die Störung auch im Erwachsenenalter, was reichlich die Hälfte der im Erwachsenenalter bestehenden Fälle ausmacht. Im Falle der TAS bestanden alle im Erwachsenenalter diagnostizierten Fälle auch schon im Kindesalter, was teilweise auch auf die Stö-

rungsdefinition zurückgeführt werden kann. Es sind allerdings nur 7% der für das Kindesalter berichteten Fälle, die ins Erwachsenenalter fortbestehen.

Tabelle 7.29: Angststörungen im Kindesalter und ihr Zusammenhang mit psychischen Störungen im Erwachsenenalter und im letzten Jahr vor der Erhebung

	Spez. Phobie	Soziale Phobie	Zwangsstörung	Panikstörung	Agoraphobie	GAS	PTB	Major Depression	Dysthymie	Somatoforme Schmerzstörung	Bulimia nervosa
Erwachsenenalter											
Spez. Phobie	163 131,67 (84,73-204,62)	36 2,22 (1,50-3,29)	3 1,77 (0,51-6,12)	10 1,92 (0,96-3,85)	7 1,55 (0,69-3,48)	8 1,62 (0,75-3,48)	6 1,46 (0,61-3,50)	38 2,45 (1,66-3,61)	6 4,43 (1,66-11,78)	10 2,69 (1,31-5,50)	7 3,20 (1,34-7,62)
Soziale Phobie	31 2,61 (1,71-4,00)	101 49,18 (32,03-75,50)	2 1,66 (0,38-7,28)	5 1,29 (0,51-3,28)	12 4,77 (2,43-9,36)	9 2,88 (1,34-6,01)	7 2,68 (1,17-6,11)	25 2,21 (1,39-3,50)	4 3,86 (1,26-11,80)	6 2,16 (0,90-5,19)	3 1,70 (0,51-5,71)
Zwangsstörung	2 1,26 (0,28-5,62)	4 3,34 (1,06-10,60)	12 1166,86 (269,17-5058,32)	0	2 6,41 (1,41-29,21)	1 2,64 (0,34-20,43)	2 7,17 (1,57-32,77)	1 0,66 (0,09-5,02)	0	0	0
TAS	11 3,10 (1,53-6,27)	8 2,25 (1,02-4,93)	1 2,79 (0,36-21,37)	0	2 2,11 (0,50-8,99)	2 1,91 (0,45-8,10)	3 3,72 (1,11-12,54)	13 4,51 (2,30-8,85)	0	2 2,31 (0,54-9,85)	0
im letzten Jahr vor dem Interview											
Spez. Phobie	150 98,89 (65,10-150,20)	31 2,33 (1,53-3,55)	3 2,02 (0,58-7,10)	8 1,91 (0,88-4,14)	7 1,62 (0,72-3,66)	8 2,19 (1,00-4,79)	4 2,39 (0,79-7,23)	14 1,61 (0,89-2,88)	3 4,06 (1,04-15,84)	9 2,80 (1,31-5,97)	4 3,46 (1,09-10,96)
Soziale Phobie	26 2,27 (1,44-3,58)	87 39,66 (26,24-59,93)	2 1,88 (0,43-8,34)	4 1,29 (0,46-3,64)	11 4,46 (2,22-8,95)	6 2,34 (0,97-5,64)	5 4,86 (1,74-13,58)	15 2,73 (1,53-4,88)	3 6,14 (1,57-24,02)	6 2,55 (1,05-6,17)	2 2,18 (0,49-9,75)
Zwangsstörung	2 1,39 (0,31-6,21)	4 4,18 (1,32-13,27)	11 936,38 (231,59-3785,95)	0	2 6,70 (1,47-30,53)	0	2 17,33 (3,65-82,43)	0	0	0	0
TAS	9 2,61 (1,23-5,54)	8 2,82 (1,28-6,21)	1 3,14 (0,41-24,22)	0	2 2,11 (0,50-8,99)	2 2,48 (0,58-10,61)	0	3 1,60 (0,49-5,28)	0	2 2,68 (0,62-11,48)	0

Anmerkung: Es sind jeweils die Fallzahlen, das Odds Ratio und das 95%-Konfidenzintervall angegeben. Im **Fettdruck** sind jeweils signifikante Zusammenhänge hervorgehoben, zusätzlich *kursiv* sind dabei diejenigen Zahlen, die sich auf geringe Zellenbesetzungen (<5) stützen.

In Tabelle 7.29 sind die Zusammenhänge zwischen den vier im Kindesalter genauer betrachteten Angststörungen und einzelnen späteren Störungen (Erwachsenenalter oder im letzten Jahr vor dem Interview) zusammengestellt. Dabei wurden nur diejenigen späteren Störungen aufgenommen, bei denen mit einer der Störungen im Kindesalter ein signifikanter Zusammenhang besteht.

Bei Spezifischen Phobien, die für das Kindesalter berichtet wurden, bestehen signifikante Zusammenhänge mit späteren Sozialen Phobien, depressiven Störungen, Somato-

former Schmerzstörung und Bulimia nervosa im Erwachsenenalter. Am stärksten bildet sich aber natürlich erwartungsgemäß der Zusammenhang zwischen Spezifischen Phobien im Kindesalter einerseits und im Erwachsenenalter bzw. im letzten Jahr andererseits ab, wie das ja auch schon in Tabelle 7.28 (S.176) und Abbildung 7.16 (S.177) zu vermuten war. Hinsichtlich der für das letzte Jahr vor dem Interview diagnostizierten Störungen bestehen signifikante Zusammenhänge für Soziale Phobie, Dysthymie, Somatoformer Schmerzstörung und Bulimia nervosa. Auch wenn die Zusammenhänge bei Dysthymie und Bulimia nervosa hier aufgrund der Fallzahlen nur noch unter Vorbehalt interpretiert werden können. Bei Sozialen Phobien, die für das Kindesalter diagnostiziert wurden, finden sich signifikante Zusammenhänge mit folgenden Störungen sowohl im Erwachsenenalter als auch in den letzten zwölf Monaten vor der Erhebung: Soziale Phobie, Spezifische Phobie, Agoraphobie, PTB, Major Depression, Dysthymie (aber nur vier bzw. drei Fälle). Bei Zwangsstörungen, die für das Kindesalter berichtet wurden, fanden sich signifikante und auch interpretierbare Zusammenhänge ausschließlich für das Fortbestehen der Zwangsstörung sowohl bis ins Erwachsenenalter als auch bis in das letzte Jahr hinein. Mit anderen Störungen finden sich zwar statistisch signifikante Zusammenhänge; diese basieren aber auf sehr niedrigen Fallzahlen (eine, zwei oder vier Personen). Für Personen, die sich für das Kindesalter an eine TAS erinnerten, besteht eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit, im Erwachsenenalter an einer Spezifischen oder Sozialen Phobie oder einer Major Depression zu leiden. Die Fallzahl bei den Betroffenen mit einer späteren PTB lässt eine Interpretation nur sehr eingeschränkt zu, also auch für diese Störung besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit als für Personen, die für das Kindesalter keine TAS berichten. Es findet sich kein Fall, der im Erwachsenenalter eine Panikstörung aufweist und sich an das Vorliegen einer TAS erinnert und auch lediglich zwei Betroffene, die im Erwachsenenalter unter einer Agoraphobie leiden und für das Kindesalter eine TAS berichteten. Hinsichtlich Störungen im letzten Jahr bestehen signifikante Zusammenhänge nur noch für Spezifische und Soziale Phobien.

7.6.2 Expansive Störungen im Kindesalter und spätere psychische Störungen

Im Unterschied zu Angststörungen sind expansive Störungen eine Störungsgruppe, die im Erwachsenenalter kaum oder gar nicht diagnostiziert wird. Teilweise liegt dies an den diagnostischen Kriterien, die dann die Symptome unter anderen Störungen klassifizieren. Vor allem liegt es aber daran, dass diese Störungen im Erwachsenenalter nur noch selten bestehen. In unserer Stichprobe zeigte sich dieser Effekt auch. Allerdings gab es auch Fälle, bei denen diese Störungen vom Kindesalter bis ins Erwachsenenalter fortbestanden oder im Jugendalter erstmalig auftraten und auch im Erwachsenenalter noch vorlagen. Der jeweilige Anteil ist in Abbildung 7.17 (S.180) dargestellt. Bei ADHS bestanden von den 31 im Kindesalter berichteten Fällen bei 4 Personen die Beschwerden auch im Erwachsenenalter fort; das entspricht 12,9% der Betroffenen. Per definitionem müssen bei dieser Störung einige Symptome schon vor dem 7. Lebensjahr aufgetreten sein, so dass bei allen im Erwachsenenalter bestehenden Fällen die Beschwerden bereits im Kindesalter erstmalig auftraten. Eine SOT

bestand in unserer Stichprobe bei einem etwas größeren Anteil im Kindesalter Betroffener auch ins Erwachsenenalter fort (bei einem Sechstel). Nur bei zwei Drittel der im Erwachsenenalter Betroffenen bestand die Störung schon im Kindesalter. Bei den verbleibenden wurde das Erstauftreten der Beschwerden für das Jugendalter berichtet. Die Betrachtung der SSV ist durch die geringe Anzahl in unserer Stichprobe für das Kindesalter berichteter Fälle eingeschränkt. Ein Viertel derer, die für das Kindesalter eine solche Störung berichteten (also zwei junge Frauen), erfüllte die Diagnosekriterien auch noch im Erwachsenenalter. In 40% der im Erwachsenenalter bestehenden Fälle von SSV wurde ein Bestehen seit dem Kindesalter berichtet. Das heißt also, dass bei ADHS im Jugendalter keine neuen fortbestehenden Fälle berichtet wurden, dass aber auch lediglich ein sehr kleiner Anteil im Kindesalter Betroffener unter den Beschwerden auch im Erwachsenenalter noch leidet. Bei SSV und SOT besteht ein etwas größerer Anteil der berichteten Fälle vom Kindesalter ins Erwachsenenalter hinein fort. Es gibt auch Betroffene, bei denen die Beschwerden erstmals im Jugendalter auftreten und dann fortbestehen, wobei gerade bei der SSV die Probleme sehr stark auf das Jugendalter begrenzt zu sein scheinen bzw. jedenfalls so berichtet werden.

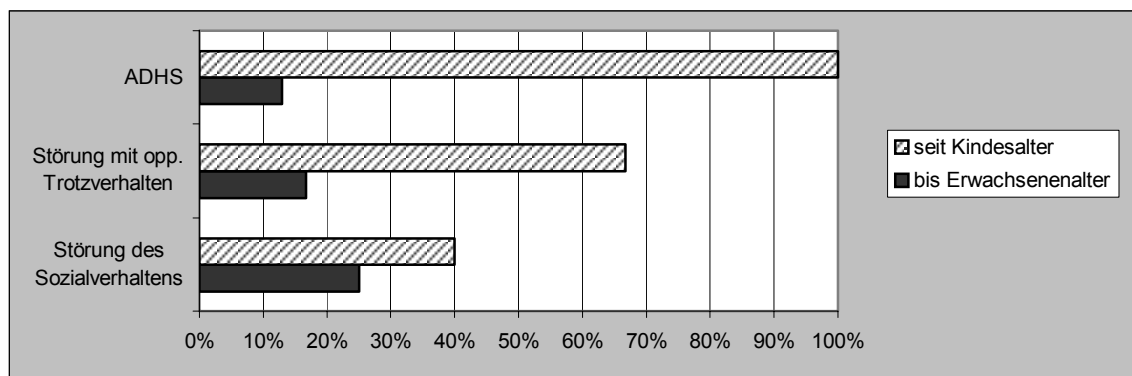


Abbildung 7.17: Stabilität der expansiven Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter

Wie gerade gezeigt, bestand die jeweilige expansive Störung oft nicht ins Erwachsenenalter hinein fort. Die Frage ist nun, ob die betroffenen jungen Frauen dann psychisch gesund waren oder andere Störungen bestanden. Tabelle 7.30 (S.181) zeigt die Zusammenhänge zwischen expansiven Störungen, die für das Kindesalter berichtet wurden, und dem Vorliegen einer oder mehrerer Störungen im jungen Erwachsenenalter (einmal ab dem Alter von 18 Jahren und einmal innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Interview) hinsichtlich der betrachteten Störungsgruppen.

Tabelle 7.30: Expansive Störungen im Kindesalter und Störungen im Erwachsenenalter sowie innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Erhebung (nach Störungsgruppen)

	Angststörung	Affektive Störung	Somatoforme Störung	Ess-Störung	Substanzstörung
Erwachsenenalter					
ADHS	11 1,73 (0,82-3,63)	7 2,45 (1,05-5,76)	6 8,96 (3,53-22,74)	3 3,85 (1,14-13,04)	2 3,94 (0,90-17,15)
Störung mit opp. Trotzverhalten	19 2,08 (1,16-3,74)	10 2,23 (1,09-4,54)	3 2,33 (0,70-7,73)	2 1,52 (0,36-6,42)	2 2,46 (0,58-10,54)
Störung des Sozialverhaltens	4 3,13 (0,78-12,56)	1 1,18 (0,15-9,64)	2 11,68 (2,31-59,12)	1 5,00 (0,61-41,34)	2 19,25 (3,75-98,71)
letztes Jahr vor dem Interview					
ADHS	9 1,53 (0,70-3,35)	6 4,12 (1,66-10,24)	6 10,83 (4,23-27,73)	2 4,94 (1,12-21,70)	1 2,91 (0,38-22,28)
Störung mit opp. Trotzverhalten	18 2,29 (1,26-4,14)	5 1,96 (0,76-5,04)	3 2,79 (0,84-9,30)	1 1,46 (0,19-10,92)	1 1,84 (0,24-13,94)
Störung des Sozialverhaltens	3 2,24 (0,53-9,41)	1 2,37 (0,29-19,40)	2 13,92 (2,74-70,76)	1 9,98 (1,19-83,74)	1 12,63 (1,49-106,81)

Anmerkung: Es sind jeweils die Fallzahlen, das Odds Ratio und das 95%-Konfidenzintervall angegeben. Im **Fettdruck** sind jeweils signifikante Zusammenhänge hervorgehoben, zusätzlich *kursiv* sind dabei diejenigen Zahlen, die sich auf geringe Zellenbesetzungen (<5) stützen.

Als erstes muss man beim Betrachten von Tabelle 7.30 leider feststellen, dass die Zellenbesetzung teilweise zu gering ist, auch wenn die Odds Ratios signifikante Zusammenhänge andeuten. Interpretierbare Zusammenhänge finden sich zwischen ADHS und affektiven sowie somatoformen Störungen ab einem Alter von 18 Jahren und auch für die Ein-Jahres-Prävalenz. Das Vorliegen einer SOT im Kindesalter weist mit Angststörungen und affektiven Störungen ab dem Alter von 18 Jahren signifikante Zusammenhänge auf. SSV wurde in ihrer vollen Ausprägung zu selten berichtet, so dass eine Interpretation der Ergebnisse aufgrund der niedrigen Zellenbesetzungen nicht zulässig ist. In Tabelle 7.31 (S.182) sind die Zusammenhänge expansiver Störungen mit einzelnen Störungen im Erwachsenenalter und im letzten Jahr vor der Erhebung dargestellt.

Die Zellenbesetzungen sind in Tabelle 7.31 leider häufig sehr niedrig, so dass auch statistisch signifikante Zusammenhänge nur unter Vorbehalt interpretiert werden können. Signifikante und interpretierbare Zusammenhänge bestehen zwischen ADHS und SOT im Kindesalter und Spezifischen Phobien im Erwachsenenalter und im letzten Jahr. Weitere signifikante und interpretierbare Zusammenhänge liegen zwischen SOT und Major Depression im Erwachsenenalter aber nicht im letzten Jahr sowie zwischen ADHS und Somatoformer Schmerzstörung im Erwachsenenalter und im letzten Jahr vor. Sämtliche Zusammenhänge der SSV mit späteren Störungen sind leider aufgrund der niedrigen Fallzahlen nur sehr eingeschränkt, wenn überhaupt interpretierbar. Ein interessanter Zusammenhang findet sich noch für ADHS und Bipolare Störung sowohl im Erwachsenenalter als auch im letzten Jahr. Allerdings basiert auch dieser Zusammenhang auf nur drei Fällen, zeigt aber damit doch eine deutliche Tendenz an.

Tabelle 7.31: Zusammenhänge zwischen expansiven Störungen im Kindesalter und psychischen Störungen im Erwachsenenalter bzw. im letzten Jahr vor der Erhebung

	Spezifische Phobie	PTB	Major Depression	Dysthymie	Bipolare Störung	Zyklothymie	Hypochondrie	Somatoforme Schmerzstörung	Anorexia nervosa
Erwachsenenalter									
ADHS	8 2,91 (1,29-6,59)	2 3,19 (0,74-13,80)	4 1,37 (0,48-3,96)	0	3 19,70 (5,21-74,46)	1 33,85 (2,99-383,49)	0	6 11,95 (4,65-30,73)	2 4,18 (0,96-18,24)
SOT	12 2,82 (1,45-5,51)	1 0,95 (0,13-7,06)	9 2,18 (1,04-4,57)	2 5,11 (1,15-22,77)	1 3,28 (0,42-25,58)	1 21,43 (1,91-240,42)	0	3 3,06 (0,91-10,22)	1 1,24 (0,17-9,25)
SSV	3 4,96 (1,18-20,88)	1 6,53 (0,79-54,20)	1 1,32 (0,16-10,77)	1 16,17 (1,89-138,24)	0	0	1 41,82 (4,53-386,10)	2 15,24 (2,99-77,60)	1 8,49 (1,02-70,92)
im letzten Jahr vor dem Interview									
ADHS	7 2,69 (1,14-6,32)	1 3,53 (0,46-27,21)	2 1,39 (0,33-5,92)	0	3 36,20 (8,62-152,04)	1 33,85 (2,99-383,49)	0	6 14,09 (5,43-36,55)	1 4,20 (0,54-32,70)
SOT	11 2,78 (1,39-5,53)	0	2 0,87 (0,21-3,64)	1 4,75 (0,59-38,21)	1 5,34 (0,66-43,56)	1 21,43 (1,91-240,42)	0	3 3,56 (1,06-11,98)	1 2,66 (0,35-20,46)
SSV	2 3,03 (0,61-15,09)	1 15,29 (1,79-130,43)	1 2,89 (0,35-23,68)	1 32,49 (3,62-291,84)	0	0	1 48,81 (5,18-460,00)	2 17,68 (3,46-90,41)	1 18,21 (2,12-156,64)

Anmerkung: Es sind jeweils die Fallzahlen, das Odds Ratio und das 95%-Konfidenzintervall angegeben. Im **Fettdruck** sind jeweils signifikante Zusammenhänge hervorgehoben, zusätzlich **kursiv** sind dabei diejenigen Zahlen, die sich auf geringe Zellenbesetzungen (<5) stützen.

7.6.3 Ausscheidungsstörungen im Kindesalter und spätere psychische Störungen

Hier wird sich wiederum auf Enuresis beschränkt, weil bei Enkopresis nur ein Fall berichtet wurde. Das Vorliegen einer Enuresis wurde von keiner der jungen Frauen für das Alter ab 18 Jahren berichtet. Als Balkendiagramm dargestellt ergäbe sich also ein durchgehender Balken, da alle Fälle von Enuresis ab dem Kindesalter bestanden, und ein nicht vorhandener Balken, da keiner der Fälle von Enuresis bis ins Erwachsenenalter andauerte. Es wurde daher auf die Darstellung eines solchen Diagramms verzichtet. Nur fünf der 72 im Kindesalter diagnostizierten Störungen wurden auch noch für das Jugendalter berichtet, was 6,9% entspricht. Tabelle 7.32 zeigt die Zusammenhänge zwischen Enuresis im Kindesalter und psychischen Störungen im Erwachsenenalter bzw. im letzten Jahr vor der Erhebung.

Tabelle 7.32: Enuresis im Kindesalter und Störungen im Erwachsenenalter und im letzten Jahr vor der Erhebung (nach Störungsgruppen)

	Angststörung	Affektive Störung	Somatoforme Störung	Ess-Störung	Substanzstörung
Erwachsenenalter					
Enuresis	35	14	7	5	3
	3,09	2,06	4,01	2,73	2,50
	(1,92-4,96)	(1,13-3,76)	(1,76-9,18)	(1,06-7,04)	(0,75-8,35)
letztes Jahr vor dem Interview					
Enuresis	32	7	7	4	2
	3,13	1,83	4,87	4,45	2,56
	(1,94-5,05)	(0,82-4,07)	(2,11-11,25)	(1,51-13,09)	(0,59-11,09)

Anmerkung: Es sind jeweils die Fallzahlen, das Odds Ratio und das 95%-Konfidenzintervall angegeben. Im **Fettdruck** sind jeweils signifikante Zusammenhänge hervorgehoben, zusätzlich *kursiv* sind dabei diejenigen Zahlen, die sich auf geringe Zellenbesetzungen (<5) stützen.

Außer mit dem Vorliegen späterer Substanzstörungen gibt es mit allen Störungsgruppen im Erwachsenenalter signifikante Zusammenhänge. Zwischen Enuresis im Kindesalter und Störungen im letzten Jahr bestehen nur mit Angst-, somatoformen und Ess-Störungen signifikante Zusammenhänge, wobei die Fallzahl bei der Überschneidung mit Ess-Störungen im letzten Jahr mit 4 niedrig ist. Die Wahrscheinlichkeit, im Erwachsenenalter oder im letzten Jahr vor der Erhebung die Kriterien für eine Diagnose zu erfüllen, ist höher, wenn sich für das Kindesalter an eine Enuresis erinnert wurde. Die signifikanten Odds Ratios liegen zwischen 2 und knapp unter 5. Welche Zusammenhänge zwischen Enuresis im Kindesalter und einzelnen psychischen Störungen im Erwachsenenalter bzw. im letzten Jahr zu beobachten waren, ist in Tabelle 7.33 (S.184) zusammengestellt. Hier sind wiederum nur diejenigen Störungen aufgeführt, bei denen ein signifikanter und möglichst interpretierbarer Zusammenhang mit früherer Enuresis besteht.

Tabelle 7.33: Zusammenhänge zwischen Enuresis im Kindesalter und psychischen Störungen im Erwachsenenalter bzw. innerhalb des letzten Jahres vor der Erhebung

	Spezifische Phobie	Soziale Phobie	Agoraphobie	GAS	Major Depression	Hypochondrie	Somatoforme Schmerzstörung	Bulimia nervosa
Erwachsenenalter								
Enuresis	17	16	5	6	12	2	4	4
	2,65	2,73	3,23	3,61	1,90	9,46	2,73	4,82
	(1,51-4,65)	(1,53-4,85)	(1,24-8,40)	(1,49-8,71)	(1,00-3,59)	(1,88-47,69)	(0,95-7,83)	(1,63-14,27)
im letzten Jahr vor dem Interview								
Enuresis	14	14	5	4	6	2	4	3
	2,26	2,88	3,38	2,95	1,88	11,35	3,19	7,17
	(1,24-4,13)	(1,57-5,28)	(1,30-8,81)	(1,02-8,48)	(0,79-4,44)	(2,17-59,54)	(1,11-9,22)	(1,98-25,99)

Anmerkung: Es sind jeweils die Fallzahlen, das Odds Ratio und das 95%-Konfidenzintervall angegeben. Im **Fettdruck** sind jeweils signifikante Zusammenhänge hervorgehoben, zusätzlich *kursiv* sind dabei diejenigen Zahlen, die sich auf geringe Zellenbesetzungen (<5) stützen.

Frauen, die für das Kindesalter das Vorliegen einer Enuresis berichteten, weisen mit höherer Wahrscheinlichkeit im Erwachsenenalter bzw. im letzten Jahr vor der Erhebung eine oder mehrere der folgenden Störungen auf: Spezifische Phobie, Soziale Phobie, Agoraphobie, GAS, Hypochondrie und Bulimia nervosa, wobei bei den beiden letztgenannten sowohl für das Erwachsenenalter als auch für das letzte Jahr nur niedrige Fallzahlen hinsichtlich der Überschneidung bestehen. Bei GAS liegen im letzten Jahr auch nur vier Fälle vor, die sich für das Kindesalter an eine Enuresis erinnern. Bei Somatoformer Schmerzstörung wird der Zusammenhang mit dem Vorliegen der Störung im letzten Jahr zwar statistisch signifikant, aber die Interpretation ist aufgrund der niedrigen Fallzahl schwierig. Nennenswert ist auch die recht hohe Überschneidung mit Major Depression im Erwachsenenalter, was nur gerade so die statistische Signifikanz verfehlt (der Wert „1“ ist die untere Grenze des Konfidenzintervalls).

7.6.4 Logistische Regression über mehrere Störungen im Kindesalter

Die bisher dargestellten Zusammenhänge gehen jeweils auf bivariate Auswertungen zurück. Diese so gefundenen Zusammenhänge müssen aber noch „gegeneinander“ überprüft werden. Diese Überprüfung ist mit Hilfe von logistischen Regressionsmodellen möglich, in die die jeweils zu betrachtenden Störungen eingehen. Die Ergebnisse der durchgeführten logistischen Regressionen sind in den Tabellen 7.34 (S.186) und 7.35 (S.188) zusammengestellt. Auf Grundlage der vorn dargestellten Fallzahlen wurden bestimmte Störungsgruppen ausgewählt, für die diese genauere Betrachtung als besonders aufschlussreich zu erwarten ist. Ausgewählt wurden dafür das Vorliegen irgendeiner Störung, Angststörungen, affektive Störungen und Depression (SDS und Dysthymie) sowie Substanzstörungen; die letztgenannten wurden allerdings nur mit expansiven Störungen einer logistischen Regression unterzogen. Es wurden mit jeder im Erwachsenenalter oder im letzten Jahr betrachteten Störungsgruppe vier logistische Regressionsmodelle berechnet. Dabei wurden jeweils alle eingegebenen Störungen auch im Modell verrechnet (Methode „Einschluss“). Es wurde also nicht nach dem jeweils besten Modell gesucht, sondern die Veränderung der Odds Ratios unter Einbezug verschiedener anderer Störungen betrachtet. Dabei sollen gerade auch die bereits dargestellten bivariaten Odds Ratios nicht vergessen werden, sondern mit den veränderten Odds Ratios bei Einbezug anderer Störungen verglichen werden. Um auszuschließen, dass die Beziehungen vor allem auf den stabilen Angststörungen basieren, die vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter bestehen und keine komorbiden Störungen nach sich ziehen, wurden die relevanten Analysen unter Ausschluss dieser Fälle erneut durchgeführt. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 7.36 (S.190).

Mit dem Vorliegen irgendeiner psychischen Störung im Erwachsenenalter weisen bei Betrachtung aller relevanten Störungen im Kindesalter (Gruppe 4) Spezifische und Soziale Phobie, TAS, ADHS und SOT sowie Enuresis signifikante Zusammenhänge auf. Für die übrigen vier Störungen, die im Erwachsenenalter kaum noch bestehen, liegen die Odds Ratios zwischen 2,3 (Enuresis) und 3,5 (ADHS).

Tabelle 7.34: Signifikante Odds Ratios für die Zusammenhänge psychischer Störungen im Kindesalter mit psychischen Störungen im Erwachsenenalter innerhalb verschiedener logistischer Regressionen

einbezogene Störungen	irgendeine psychische Störung ab 18	Angststörung ab 18	Affektive Störung ab 18	Depression ab 18	Substanzstörung ab 18
Gruppe (1): Angststörungen	SPP 20,43 (13,19-31,64) SP 15,82 (9,64-25,96) TAS 2,89 (1,41-5,93)	SPP 31,06 (20,49-47,09) SP 20,42 (12,98-32,12) Zwang 62,64 (7,99-490,91) TAS 2,66 (1,24-5,72)	SPP 2,42 (1,66-3,51) SP 2,23 (1,44-3,46) TAS 3,99 (2,03-7,82)	SPP 2,55 (1,75-3,72) SP 2,19 (1,40-3,44) TAS 3,85 (1,93-7,65)	--
Gruppe (2): Expansive Störungen	ADHS 3,31 (1,50-7,28) SOT 3,40 (1,84-6,26)	SOT 1,96 (1,08-3,58)	ADHS 2,47 (1,04-5,86) SOT 2,14 (1,05-4,34)	n.s.	SSV 14,16 (2,27-88,42)
Gruppe (3): Angststörungen und Expansive Störungen	SPP 20,35 (13,12-31,56) SP 15,59 (9,48-25,64) TAS 2,44 (1,17-5,11) ADHS 3,38 (1,43-8,00) SOT 3,23 (1,65-6,33)	SPP 30,73 (20,26-46,60) SP 20,32 (12,90-32,00) Zwang 63,82 (8,15-500,10) TAS 2,42 (1,12-5,23)	SPP 2,42 (1,67-3,52) SP 2,19 (1,41-3,40) TAS 3,84 (1,95-7,56) ADHS 2,51 (1,04-6,04)	SPP 2,53 (1,74-3,70) SP 2,19 (1,40-3,44) TAS 3,69 (1,85-7,37)	--
Gruppe (4): Angststörungen, Expansive Störungen und Enuresis	SPP 19,99 (12,87-31,03) SP 15,35 (9,33-25,27) TAS 2,41 (1,15-5,06) ADHS 3,46 (1,46-8,20) SOT 3,23 (1,65-6,34) Enuresis 2,28 (1,29-4,01)	SPP 30,18 (19,89-45,81) SP 20,04 (12,71-31,60) Zwang 65,30 (8,33-512,23) TAS 2,39 (1,10-5,19) Enuresis 2,26 (1,22-4,16)	SPP 2,37 (1,63-3,45) SP 2,13 (1,37-3,23) TAS 3,78 (1,92-7,47) ADHS 2,52 (1,05-6,06)	SPP 2,49 (1,70-3,64) SP 2,14 (1,36-3,37) TAS 3,64 (1,82-7,28)	--

Anmerkung: SPP – Spezifische Phobie, SP – Soziale Phobie; unter Depression sind Major Depression und Dysthymie zusammengefasst; Gruppe (1) setzt sich aus Spezifischer und Sozialer Phobie, Zwangsstörung und TAS zusammen; Gruppe (2) aus ADHS, SOT und SSV; Gruppe (3) beinhaltet die Störungen von Gruppe (1) und (2) und Gruppe (4) enthält dazu noch Enuresis.

Bei Betrachtung von Angststörungen im Erwachsenenalter zeigte sich hinsichtlich Spezifischer und Sozialer Phobie sowie Zwangsstörung eine leichte Vergrößerung der Odds Ratios im Vergleich mit den in Tabelle 7.28 (S.176) genannten bivariaten Odds Ratios. Für TAS wird ein etwas kleineres Odds Ratio gefunden. Jedoch ist keiner dieser geringfügigen Unterschiede signifikant (Überschneidung der Konfidenzintervalle). Bei der Suche nach Zusammenhängen zwischen expansiven Störungen im Kindesalter und Angststörungen im Erwachsenenalter wird auch bei der logistischen Regression ein signifikantes Odds Ratio nur für SOT gefunden, welches nicht signifikant unterschiedlich von dem bivariaten Odds Ratio für diesen Zusammenhang ist. Für Enuresis wurde ebenfalls gefunden, dass das bivariate Odds Ratio für den Zusammenhang mit Angststörungen im Erwachsenenalter nicht signifikant von dem aus der logistischen Regression unter Einbezug aller relevanten Störungen im Kindesalter (Gruppe 4) ist. Signifikante Zusammenhänge mit affektiven Störungen im Erwachsenenalter fanden sich für Spezifische und Soziale Phobie sowie TAS in Gruppe 1 (Angststörungen im Kindesalter). Dabei fanden sich wiederum keine signifikanten Unterschiede zu den bivariaten Odds Ratios. Ebenso wie bei den bivariaten Zusammenhängen zeigten sich innerhalb der expansiven Störungen (Gruppe 2) signifikante Zusammenhänge für ADHS und SOT. Bei gemeinsamer Betrachtung von Angststörungen im Kindesalter und expansiven Störungen (Gruppe 3) im Zusammenhang mit affektiven Störungen im Erwachsenenalter fanden sich signifikante Odds Ratios für Spezifische und Soziale Phobie, TAS und ADHS. Der signifikante Zusammenhang mit SOT konnte dann nicht mehr gefunden werden. Im Unterschied zur bivariaten Betrachtung wies Enuresis bei Einbezug aller relevanten Störungen im Kindesalter (Gruppe 4) keinen signifikanten Zusammenhang mit affektiven Störungen im Erwachsenenalter auf. Greift man Depression (Major Depression und Dysthymie) aus den affektiven Störungen heraus und betrachtet Zusammenhänge mit Störungen im Kindesalter zeigen nur noch Angststörungen signifikante Zusammenhänge unabhängig davon, welche anderen Störungen im Kindesalter noch in eine Analyse eingehen. Möglicherweise ist dies ein Hinweis darauf, dass der Zusammenhang zwischen expansiven Störungen und affektiven Störungen vor allem auf Überschneidungen mit bipolaren Störungen zurückgeführt werden kann. Die logistische Regression für Substanzstörungen im Erwachsenenalter wurde nur in Gruppe 2 (expansive Störungen) durchgeführt. Hier fand sich wie bei den bivariaten Analysen nur ein signifikanter Zusammenhang mit SSV.

Die entsprechenden Auswertungen wurden auch für Störungen im letzten Jahr vor der Erhebung durchgeführt (Tabelle 7.35, S.188). Auf den ersten Blick fällt dabei auf, dass für affektive Störungen und damit auch Depression weniger signifikante Odds Ratios gefunden werden konnten als für die entsprechenden Störungen im Erwachsenenalter.

Tabelle 7.35: Signifikante Odds Ratios für die Zusammenhänge psychischer Störungen im Kindesalter mit psychischen Störungen im letzten Jahr innerhalb verschiedener logistischer Regressionen

einbezogene Störungen	irgendeine psychische Störung im letzten Jahr	Angststörung im letzten Jahr	Affektive Störung im letzten Jahr	Depression im letzten Jahr	Substanzstörung im letzten Jahr
Gruppe (1): Angststörungen	SPP 19,66 (13,31-29,03) SP 11,39 (7,49-17,32) Zwang 48,10 (6,15-376,05) TAS 2,88 (1,40-5,91)	SPP 27,33 (18,65-40,06) SP 15,31 (10,21-23,17) Zwang 35,55 (7,64-165,40) TAS 3,00 (1,40-6,45)	SP 2,89 (1,71-4,90)	SP 2,83 (1,63-4,93)	--
Gruppe (2): Expansive Störungen	ADHS 2,68 (1,27-5,66) SOT 2,70 (1,50-4,87)	SOT 2,21 (1,20-4,04)	ADHS 3,69 (1,40-9,77)	n.s.	n.s.
Gruppe (3): Angststörungen und Expansive Störungen	SPP 19,54 (13,22-28,88) SP 11,22 (7,36-17,09) Zwang 50,36 (6,44-393,53) TAS 2,51 (1,21-5,21) ADHS 2,65 (1,15-6,12) SOT 2,52 (1,29-4,92)	SPP 27,16 (18,51-39,83) SP 15,34 (10,12-23,24) Zwang 36,28 (7,80-168,71) TAS 2,73 (1,26-5,88)	SP 2,79 (1,64-4,75) ADHS 3,35 (1,25-8,95)	SP 2,83 (1,63-4,93)	--
Gruppe (4): Angststörungen, Expansive Störungen und Enuresis	SPP 19,19 (12,97-28,40) SP 11,03 (7,23-16,83) Zwang 51,26 (6,55-401,28) TAS 2,47 (1,19-5,15) ADHS 2,72 (1,18-6,30) SOT 2,52 (1,29-4,94) Enuresis 2,28 (1,28-4,06)	SPP 26,64 (18,15-39,11) SP 15,94 (9,94-22,90) Zwang 37,01 (7,94-172,57) TAS 2,68 (1,23-5,81) Enuresis 2,24 (1,20-4,17)	SP 2,73 (1,60-4,66) ADHS 3,37 (1,26-8,99)	SP 2,79 (1,60-4,86)	--

Anmerkung: SPP – Spezifische Phobie, SP – Soziale Phobie; unter Depression sind Major Depression und Dysthymie zusammengefasst; Gruppe (1) setzt sich aus Spezifischer und Sozialer Phobie, Zwangsstörung und TAS zusammen; Gruppe (2) aus ADHS, SOT und SSV; Gruppe (3) beinhaltet die Störungen von Gruppe (1) und (2) und Gruppe (4) enthält dazu noch Enuresis.

Bei den Angststörungen im letzten Jahr bleiben die gleichen Zusammenhänge signifikant wie für das Vorliegen von Angststörungen im Erwachsenenalter. Die kleinen Unterschiede zwischen den jeweiligen ORs sind nicht signifikant. Bei affektiven Störungen im letzten Jahr weisen nur Soziale Phobie und ADHS signifikante Zusammenhänge auf. Für Substanzstörungen im letzten Jahr kann für keine der expansiven Störungen noch ein signifikanter Zusammenhang gefunden werden.

Tabelle 7.36 (S.190) zeigt die Odds Ratios aus den Regressionsmodellen, die unter Ausschluss der rein stabilen Angststörungen berechnet wurden. Die logistischen Regressionsmodelle wurden nur für das Bestehen irgendeiner psychischen Störung und das Vorliegen von Angststörungen im Erwachsenenalter und im Jahr vor der Erhebung berechnet. Dabei werden die Berechnungen für expansive Störungen (Gruppe 2) nicht erneut durchgeführt, da hier keine wesentlichen Veränderungen zu erwarten sind. Die nun ermittelten Odds Ratios sind für Spezifische und Soziale Phobien sowie für Zwangsstörungen deutlich kleiner als die Odds Ratio bei Einschluss der rein stabilen Angststörungen, weichen aber nicht signifikant von diesen ab (Überschneidung der Konfidenzintervalle). Während sich die Ergebnisse für die Zusammenhänge mit den betrachteten Störungen im Erwachsenenalter bei Einbezug oder Ausschluss der rein stabilen Angststörungen nicht signifikant unterscheiden (vgl. Tabelle 7.34, S.186), fällt bei der Betrachtung der Störungen im Jahr vor der Erhebung die TAS aus den meisten Regressionsmodellen heraus (vgl. Tabelle 7.35, S.188). Dahingegen taucht SOT bei Einbezug aller genauer betrachteten Störungen im Kindesalter (Gruppe 4) mit einem signifikanten Odds Ratio bei den Angststörungen im letzten Jahr vor der Erhebung auf.

Obwohl die Beträge der Odds Ratios (außer bei den Zusammenhängen zwischen TAS und Störungen im Erwachsenenalter) bei Ausschluss der rein stabilen Angststörungen deutlich kleiner werden, sich teilweise fast halbieren, sind diese Unterschiede nicht signifikant und weisen auch mit diesen niedrigeren Beträgen auf sehr starke Zusammenhänge zwischen den betrachteten Störungen im Kindesalter und im Erwachsenenalter bzw. im letzten Jahr vor der Erhebung hin.

Tabelle 7.36: Signifikante Odds Ratios für die Zusammenhänge psychischer Störungen im Kindesalter mit psychischen Störungen im Erwachsenenalter und im letzten Jahr vor der Erhebung innerhalb verschiedener logistischer Regressionen bei Ausschluss der rein stabilen Angststörungen

einbezogene Störungen	Erwachsenenalter		im letzten Jahr vor dem Interview	
	irgendeine psychische Störung	Angststörung	irgendeine psychische Störung	Angststörung
Gruppe (1): Angststörungen	SPP 12,51 (7,86-19,92)	SPP 15,23 (9,29-24,99)	SPP 9,71 (6,22-15,14)	SPP 13,55 (8,37-21,94)
	SP 10,14 (5,97-17,21)	SP 11,16 (6,46-19,28)	SP 7,51 (4,70-12,03)	SP 9,40 (5,56-15,90)
	TAS 3,37 (1,64-6,92)	Zwang 30,28 (3,21-285,71)	Zwang 25,47 (2,92-222,45)	Zwang 23,61 (4,19-133,21)
		TAS 3,48 (1,49-8,10)	TAS 2,67 (1,20-5,97)	
Gruppe (3): Angststörungen und Expansive Störungen	SPP 12,46 (7,81-19,89)	SPP 14,97 (9,12-24,57)	SPP 9,69 (6,20-15,14)	SPP 13,61 (8,39-22,09)
	SP 9,63 (5,64-16,43)	SP 11,38 (6,54-19,79)	SP 7,16 (4,46-11,51)	SP 9,64 (5,66-16,41)
	TAS 2,83 (1,35-5,92)	Zwang 30,70 (3,26-289,56)	Zwang 27,28 (3,13-237,50)	Zwang 24,09 (4,27-136,00)
	ADHS 3,34 (1,37-8,15)	TAS 3,26 (1,39-7,65)	ADHS 2,85 (1,19-6,80)	
	SOT 3,59 (1,81-7,15)		SOT 2,75 (1,34-5,67)	
Gruppe (4): Angststörungen, Expansive Störungen und Enuresis	SPP 12,17 (7,61-19,45)	SPP 14,78 (8,99-24,30)	SPP 9,44 (6,03-14,79)	SPP 13,25 (8,15-21,55)
	SP 9,38 (5,48-16,03)	SP 11,26 (6,46-19,65)	SP 6,99 (4,34-11,27)	SP 9,47 (5,54-16,19)
	TAS 2,78 (1,32-5,84)	Zwang 30,31 (3,14-292,35)	Zwang 26,99 (3,05-238,58)	Zwang 23,71 (4,08-137,87)
	ADHS 3,46 (1,42-8,42)	TAS 3,19 (1,35-7,55)	ADHS 2,98 (1,25-7,08)	SOT 2,57 (1,004-6,59)
	SOT 3,58 (1,80-7,14)	Enuresis 2,45 (1,18-5,08)	SOT 2,77 (1,35-5,71)	Enuresis 2,46 (1,15-5,28)
	Enuresis 2,34 (1,29-4,22)		Enuresis 2,44 (1,32-4,53)	

Anmerkung: SPP – Spezifische Phobie, SP – Soziale Phobie; unter Depression sind Major Depression und Dysthymie zusammengefasst; Gruppe (1) setzt sich aus Spezifischer und Sozialer Phobie, Zwangsstörung und TAS zusammen; Gruppe (3) beinhaltet die Störungen von Gruppe (1) und ADHS, SOT sowie SSV und Gruppe (4) enthält dazu noch Enuresis.

7.6.5 Komorbidität im Kindesalter und spätere psychische Störungen

In den Abschnitten 7.6.1 bis 7.6.4 wurde betrachtet, welche Zusammenhänge zwischen bestimmten für das Kindesalter erinnerten Störungen und Störungen im Erwachsenenalter bzw. im letzten Jahr beobachtbar waren. Wie in Abschnitt 7.3 gezeigt, wurde aber auch schon für das Kindesalter von einer Anzahl junger Frauen das Vorliegen mehrerer verschiedener Störungen berichtet. Es ergibt sich daher die Frage, inwieweit die Anzahl im Kindesalter erfüllter Diagnosen einen Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit aufweist, auch im Erwachsenenalter bzw. im letzten Jahr vor der Erhebung von einer psychischen Störung betroffen zu sein und inwieweit diese Zusammenhänge hinsichtlich der einzelnen Störungsgruppen unterschiedlich sind. In Tabelle 7.37 (S.192) sind die Häufigkeiten und die prozentuale Verteilung innerhalb der Störungsgruppen im Erwachsenenalter bzw. letzten Jahr zusammengestellt. Jeweils am unteren Ende einer solchen Spalte sind χ^2 -Wert, Freiheitsgrade und Signifikanz angegeben. Die angegebenen Odds Ratios entstammen aus einer logistischen Regression, in die die Anzahl diagnostizierter Störungen im Kindesalter als metrische Variable einging.

Es zeigt sich, dass die Anzahl für das Kindesalter erinnelter Störungen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer psychischen Störung im Erwachsenenalter zusammenhängt. Es scheint dabei aber eine untergeordnete Rolle zu spielen, ob eine, zwei oder mehrere psychische Störungen für das Kindesalter berichtet wurden. Die größte Bedeutung liegt offenbar beim Vorliegen mindestens einer Störung im Kindesalter. Diese Interpretation wird nahegelegt, wenn man sich die standardisierten Residuen anschaut. Dort findet sich kein Hinweis, dass die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Störung im Erwachsenenalter mit der Anzahl erinnelter Störungen im Kindesalter ansteigt. Deutlich bildet sich aber ab, dass bereits das Erinnern einer Störung für das Kindesalter mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit verbunden ist, auch im Erwachsenenalter von einer psychischen Störung betroffen zu sein. Ähnlich sind diese Zusammenhänge auch hinsichtlich des Vorliegens einer Störung im letzten Jahr, wobei hier die signifikanten Zusammenhänge für Substanzstörungen nicht mehr zu finden sind.

Tabelle 7.37: Zusammenhang zwischen der Anzahl für das Kindesalter erinnelter Störungen und psychischen Störungen im Erwachsenenalter bzw. im letzten Jahr

	irgendeine psychische Störung	Angststörung	Affektive Störung	Somat. Störung	Ess-Störung	Substanzstörung
Erwachsenenalter						
keine Störung	302 44,7%	179 35,7%	123 53,5%	29 49,2%	36 62,1%	19 51,4%
eine Störung	269 39,8%	229 45,6%	73 31,7%	18 30,5%	15 25,9%	11 29,7%
zwei Störungen	85 12,6%	77 15,3%	26 11,3%	7 11,9%	4 6,9%	5 13,5%
drei oder mehr Störungen	20 3,0%	17 3,4%	8 3,5%	5 8,5%	3 5,2%	2 5,4%
χ^2	560,84	616,73	83,89	51,09	14,16	19,45
df	3	3	3	3	3	3
p	.000	.000	.000	.000	.003	.000
OR (95%CI)	8,58 (6,86-10,73)	7,94 (6,41-9,82)	2,12 (1,78-2,52)	2,15 (1,65-2,79)	1,91 (1,38-2,64)	1,54 (1,13-2,08)
im letzten Jahr						
keine Störung	223 40,4%	143 32,7%	65 55,1%	21 42,0%	17 56,7%	15 62,5%
eine Störung	232 42,0%	206 47,1%	36 30,5%	17 34,0%	8 26,7%	6 25,0%
zwei Störungen	81 14,7%	74 16,9%	13 11,0%	7 14,0%	4 13,3%	2 8,3%
drei oder mehr Störungen	16 2,9%	14 3,2%	4 3,4%	5 10,0%	1 3,3%	1 4,2%
χ^2	551,51	599,09	35,70	65,17	9,40	4,30
df	3	3	3	3	3	3
p	.000	.000	.000	.000	.024	.231
OR (95%CI)	6,97 (5,67-8,57)	7,10 (5,76-8,74)	1,81 (1,46-2,25)	2,39 (1,82-3,15)	1,53 (0,97-2,41)	1,71 (1,18-2,49)

Die Anzahl erinnelter Störungen im Kindesalter weist zwar hochsignifikante Zusammenhänge mit dem Vorliegen psychischer Störungen im Erwachsenenalter und im letzten Jahr auf, der größte Einfluss scheint dabei aber, wie schon betont, beim Bestehen überhaupt mindestens einer Störung im Kindesalter zu liegen.

7.6.6 Zusammenfassung und Diskussion

In diesem Abschnitt wurden Antworten auf die sechste und siebente Frage gesucht (vgl. Kapitel 5, S.98 und 99):

Fragen (6) und (7): Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Störungen, die für das Kindesalter berichtet werden und Störungen im jungen Erwachsenenalter? Welchen Einfluss hat das Bestehen mehrerer Störungen im Kindesalter auf das Auftreten späterer psychischer Störungen?

Zwischen erinnerten psychischen Störungen im Kindesalter und psychischen Störungen im Erwachsenenalter oder im letzten Jahr konnten verschiedene signifikante Zusammenhänge in der Art gefunden werden, dass das Bestehen einer Störung im Erwachsenenalter oder im letzten Jahr wahrscheinlicher ist, wenn für das Kindesalter eine psychische Störung erinnert wurde. Dieses Ergebnis erscheint noch nicht sehr spannend, da hierbei argumentiert werden könnte, dass also Personen, die im Erwachsenenalter unter einer psychischen Störung leiden, schlicht dazu neigen, auch für das Kindesalter mehr Beschwerden zu berichten. Dieser Effekt ist für das Fortbestehen einiger erfasster Störungen bzw. das Berichten eines sehr frühen Beginns aufgrund der retrospektiven Datenerhebung kaum zu entkräften. Allerdings erscheint eine Erklärung von Zusammenhängen mit anderen Störungen nicht ohne weiteres auf Gedächtniseffekte rückführbar. In Kapitel 5 waren die angenommenen Zusammenhänge zwischen Störungen im Kindes- und Erwachsenenalter mit Linien dargestellt (Abbildung 5.1, S.100). Abbildung 7.18 (S.194) zeigt nun die in der vorliegenden Arbeit gefundenen signifikanten bivariaten Zusammenhänge.

Es ist schnell ersichtlich, dass die meisten der vermuteten Zusammenhänge auch gefunden werden konnten. Entgegen der Erwartung wurden Zwangsstörungen doch mit einem so frühen Beginn berichtet, dass sie in ausführlichere Auswertungen eingingen. Es fallen aber auch die vielen Zusammenhänge auf, die so nicht vermutet worden waren. Insbesondere sind dies Zusammenhänge mit im Erwachsenenalter bestehenden somatoformen und Ess-Störungen. Die Stärke der jeweiligen Zusammenhänge wurde hier nicht mit abgebildet, weil teilweise sehr hohe Odds Ratios entstehen, obwohl doch nur eine relativ geringe Fallzahl vorliegt. Da Odds Ratios nicht ohne weiteres direkt miteinander vergleichbar sind, soll diese zwar interessante Darstellung durch die Dicke der Linien hier ganz bewusst nicht erfolgen. Für die Größe der jeweiligen Zusammenhänge sei hier auf die entsprechenden Tabellen verwiesen.

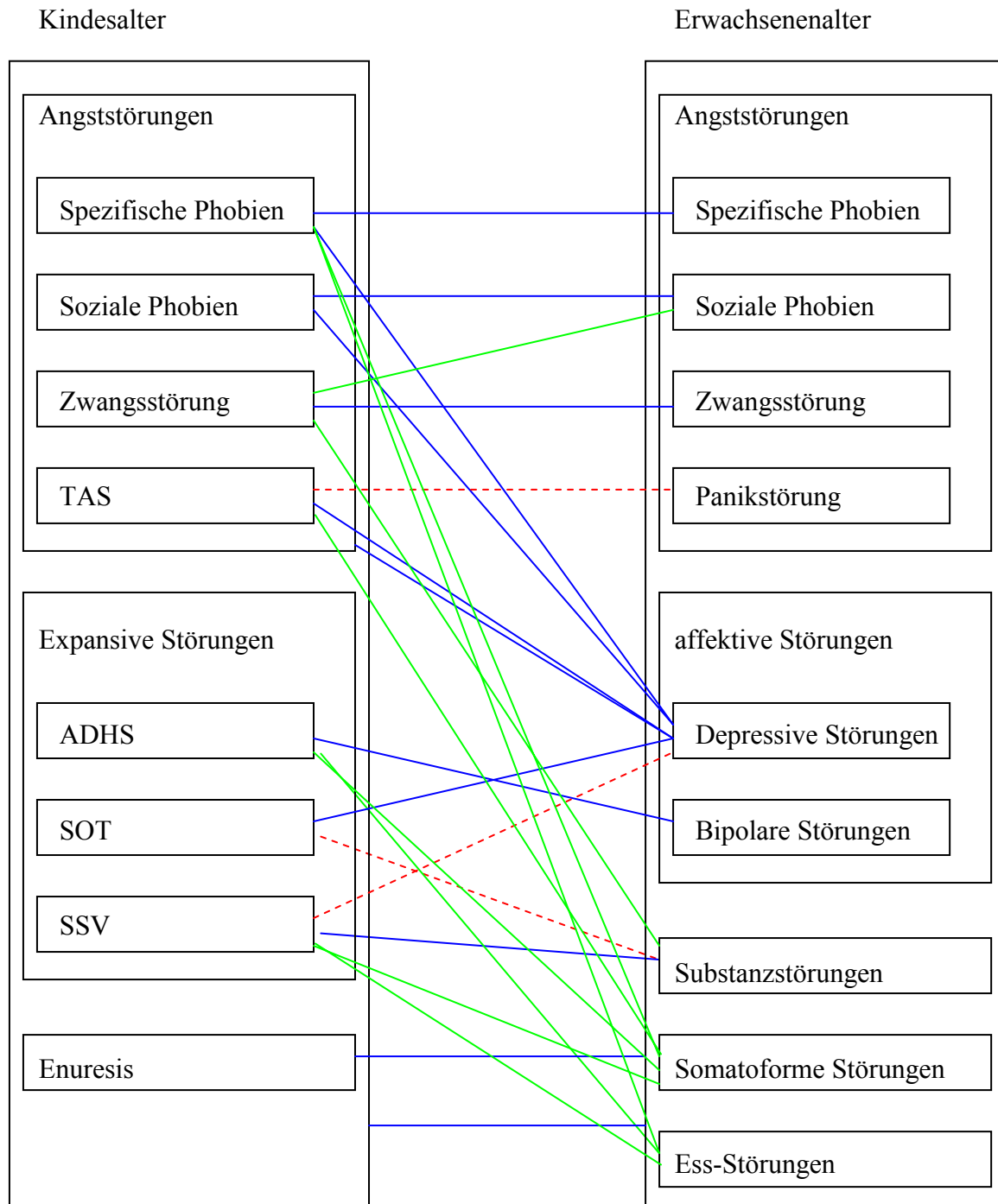


Abbildung 7.18: Gefundene Zusammenhänge zwischen Störungen im Kindes- und Erwachsenenalter. Dabei symbolisieren **blaue** Linien gefundene und erwartete Zusammenhänge, **rote** Linien nicht gefundene, aber vermutete Zusammenhänge und **grüne** Linien Zusammenhänge, die nicht vermutet waren. Die Stärke der gefundenen Zusammenhänge ist hier nicht abgebildet.

Innerhalb der dargestellten logistischen Regressionsmodelle wurden für das Vorliegen irgendeiner Störung im Erwachsenenalter bei Einbezug aller relevanten Störungen im Kindesalter signifikante Zusammenhänge mit Spezifischer und Sozialer Phobie, TAS, ADHS, SOT und Enuresis gefunden. Bei Ausschluss der rein stabilen Angststörungen ändern sich die Beträge der Odds Ratios zwar erheblich, jedoch erreichen diese Veränderungen keine statistische Signifikanz. Für das Vorliegen einer Angststörung im Erwachsenenalter wurden unter Einbezug aller relevanten Störungen im Kindesalter nur Zusammenhänge mit den vier genauer betrachteten Angststörungen und Enuresis gefunden. Hinsichtlich affektiver Störungen im Erwachsenenalter fanden sich signifikante Zusammenhänge mit Spezifischer und Sozialer Phobie, TAS und ADHS im Kindesalter.

Betrachtet man also psychische Störungen, die bis zum Alter von 12 Jahren bei Mädchen erstmals auftreten, so finden sich für Spezifische und Soziale Phobien, TAS, ADHS und SOT sowie Enuresis signifikant höhere Wahrscheinlichkeiten auch als junge Frauen an einer psychischen Störung zu leiden. Hinsichtlich Zwangsstörungen ist ebenfalls zu vermuten, dass diese mit einer signifikant erhöhten Wahrscheinlichkeit späterer Störungen verbunden sind. Dieser Zusammenhang kann aber aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht sicher bestätigt werden.

Innerhalb der Dunedin-Studie (z.B. Anderson et al., 1987, Caspi et al., 1993) wurde beobachtet, dass für Mädchen internalisierende Störungen ausschließlich mit späteren internalisierenden Störungen zusammenhängen und externalisierende Störungen sowohl mit späteren internalisierenden als auch externalisierenden Störungen. Diese Beobachtung kann in der vorliegenden Arbeit im Wesentlichen bestätigt werden, wobei auch ein Zusammenhang zwischen Spezifischen Phobien im Kindesalter und späterem Substanzmissbrauch gefunden wurde. Ansonsten fanden sich die stärksten Zusammenhänge zwischen Angststörungen im Kindesalter und späteren Angststörungen oder späteren depressiven Störungen. Diese Beobachtungen entsprechen auch den Ergebnissen der EDSP-Studie, wo ebenfalls festgestellt wurde, dass Spezifische und Soziale Phobien oft stabil verlaufen, aber auch häufig andere Angststörungen und depressive Erkrankungen nach sich ziehen (Wittchen et al., 1999, Wittchen, Lieb, et al., 2000). Ergebnisse in dieser Richtung fanden auch Wenar (1994) und Lewinsohn et al., (1997). Hinsichtlich Spezifischer Phobien ist in der vorliegenden Studie aufgrund der retrospektiven Erfassung vermutlich von einer Überschätzung der Stabilität auszugehen, wobei auch andere langfristige Beeinträchtigungen beschrieben werden. Es konnten signifikante Zusammenhänge mit späteren depressiven, Substanz- und Ess-Störungen beobachtet werden. Für Soziale Phobien wird ebenfalls ein meist chronischer Verlauf aber auch eine häufige Lebenszeitkomorbidität mit depressiven Störungen berichtet (Lewinsohn et al., 1997, Wittchen et al., 1999, Wittchen, Lieb et al., 2000). Es wurden auch Zusammenhänge mit Anorexia nervosa und Substanzstörung festgestellt (Alpert et al., 1994, Deep et al., 1995). In der vorliegenden Studie wurden signifikante Zusammenhänge zwischen Sozialen Phobien im Kindesalter und dem Fortbestehen dieser Störung und dem Auftreten von Schweren depressiven Störungen beobachtet. Signifikante Zusammenhänge mit anderen Störungen wurden nicht gefunden. TAS war nicht so stabil und remittierte in den meisten Fällen im

Laufe des Jugendalters. Dieser Verlauf wird auch in der Literatur beschrieben (Dashiff, 1995). Verschiedene Autoren betrachteten Zusammenhänge von TAS mit späteren Störungen, wobei diese häufig Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung sowie depressive Störungen nach kindlicher TAS beobachteten (Keller et al., 1992, Last et al., 1992, Yeragani et al., 1989, Battaglia et al., 1995, de Ruiter & van Ijzendorp, 1992). In der vorliegenden Studie wurden nur signifikante Zusammenhänge mit depressiven Störungen im Erwachsenenalter beobachtet. Die vermuteten Zusammenhänge mit Agoraphobie und Panikstörung konnten nicht bestätigt werden. Zwangsstörungen traten in der vorliegenden Studie bereits vor dem Alter von 12 Jahren häufiger auf als erwartet. Für Mädchen wird im DSM-IV (APA, 1994) ein späterer Beginn dieser Störung als für Jungen beschrieben, meist erst zwischen 20 und 29 Jahren. Aber auch Zwangsstörungen haben häufig einen chronischen Verlauf, was auch in der vorliegenden Studie gefunden werden konnte. Bei ADHS fand sich in der vorliegenden Studie eine höhere Remissionsrate als dies auf Basis der Literatur zu erwarten gewesen wäre (vgl. Hechtmann, 1999). Die teilweise in der Literatur beschriebenen Zusammenhänge mit bipolaren Störungen konnten auch in der vorliegenden Studie beobachtet werden (vgl. Biederman et al., 1996, Butler et al., 1995). Allerdings stützen sich die hier vorliegenden Beobachtungen auf relativ kleine Fallzahlen. Für SOT wurden neben späteren SSV, Major Depression, Substanzmissbrauch und Angststörungen als Folgestörungen beschrieben (Cohen et al., 1993, Angold & Costello, 1996, Lewinsohn et al., 1993, Biederman et al. 1996). Für SOT fanden sich in der vorliegenden Studie signifikante Zusammenhänge mit depressiven Störungen und Angststörungen. Für die SSV sind Aussagen zum Verlauf auf Basis der vorliegenden Studie schwierig, da bis zum Alter von 12 Jahren nur von acht Frauen das Bestehen entsprechender Probleme berichtet wurde. Erwartungsgemäß fanden sich hier Zusammenhänge mit Substanzstörungen im Erwachsenenalter. Zur Enuresis fanden sich in der Literatur die wenigsten spezifischen und teilweise widersprüchliche Angaben zu möglichen Zusammenhängen mit späteren psychischen Störungen (Mikkelsen et al., 1980, Friman et al., 1998). In der vorliegenden Arbeit konnte eine insgesamt signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Bestehen irgendeiner psychischen Störung im Erwachsenenalter gefunden werden, was die Beobachtungen von Mikkelsen et al. (1980) stützt und jenen von Friman et al. (1998) widerspricht, die kein erhöhtes Risiko für psychische Störungen bei Vorliegen einer Enuresis fanden.

Kapitel 8 Zusammenfassung, Kritik, Ausblick

Einleitend werden hier noch einmal die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zusammengestellt: Es wurde für die betrachteten jungen Frauen eine Lebenszeitprävalenz von 41,3% für das Auftreten irgendeiner psychischen Störung ermittelt. Dabei erinnerte sich knapp ein Viertel der Befragten an psychische Störungen im Kindesalter. Für das Erwachsenenalter wurde bei etwa einem Drittel der jungen Frauen eine psychische Störung diagnostiziert. Sowohl für das Kindes- als auch für das Erwachsenenalter wurden mit Abstand am häufigsten Angststörungen berichtet (18,7 bzw. 24,3%). Für das Kindesalter waren expansive Störungen mit einer Rate von 3,7% und Ausscheidungsstörungen mit 3,5% die nächsthäufigen Diagnosen. Im Erwachsenenalter lagen diese Störungen nur noch selten bzw. gar nicht mehr vor; dafür bestand aber bei etwa 10% der jungen Frauen eine affektive Störung. Somatoforme, Ess- und Substanzstörungen wurden für das Kindesalter fast gar nicht berichtet; im Erwachsenenalter lagen die Prävalenzraten dann bei 2,9% (somatoforme Störungen), 2,8% (Essstörungen) und 1,8% (Substanzstörungen). Diese Auftretensraten lassen sich in die breit gestreuten Prävalenzraten, die in anderen epidemiologischen Studien gefunden wurden, einordnen (z.B. Angold & Costello, 1996, Cohen et al., 1993, Anderson et al., 1987, Goodman et al., 2000, Bergeron et al., 2000, Sawyer et al., 2000, Goodman et al., 2002, Steinhausen et al., 1998, Essau et al., 2000, Wittchen et al., 1998). Die Raten für Angst- und Ausscheidungsstörungen liegen dabei im oberen Bereich und die Raten für expansive und affektive Störungen im unteren Bereich. Die Einordnung der Raten von somatoformen, substanzbezogenen und Essstörungen ist schwierig, da zu diesen Störungen für das Kindesalter kaum Angaben zu finden sind. Möglicherweise werden die Prävalenzraten dieser Störungen in der vorliegenden Arbeit auch eher konservativ geschätzt; jedoch ist auch eine Überschätzung der Prävalenzen bei somatoformen und Substanzstörungen in den anderen beiden Studien (BJS, EDSP) nicht auszuschließen. Es könnte aber auch sein, dass aufgrund der retrospektiven Erfassung eben einige Probleme vergessen worden sind (vgl. Simon & von Korff, 1995).

Das berichtete Alter für das erste Auftreten von Problemen kann mit Ungenauigkeit behaftet sein. In der vorliegenden Arbeit wurden für TAS und verschiedene Spezifische Phobien ein sehr niedriges Erstauftretensalter berichtet (vgl. Last, 1987, Strauss & Last, 1993). Bei Sozialen Phobien lag das Erstauftretensalter zwischen 12 und 13 Jahren, was den Beschreibungen im DSM-IV (APA, 1994) und auch den Ergebnissen von Strauss und Last (1993) entspricht. Überraschend war der gefundene relativ frühe Beginn von Zwangsstörungen bei unserer rein weiblichen Stichprobe. Im DSM-IV (APA, 1994) war für Frauen ein durchschnittlicher Beginn im Alter zwischen 20 und 29 Jahren beschrieben worden. Es werden zwar auch Fälle von Zwangsstörungen im Kindesalter berichtet (DSM-IV, APA, 1994, Swedo & Rapoport, 1990), jedoch bezieht sich dies meist auf Jungen. Expansive Störungen begannen im Kindes- oder frühen Jugendalter und Ausscheidungsstörungen ausschließlich im Kindesalter. Dies entspricht den Darstellungen im DSM-IV (APA, 1994) sowie den Ergebnissen von Biederman et al. (1996), Cohen et al. (1993) sowie Döpfner et al. (1993).

Die gefundene allgemeine Komorbiditätsrate von 23,3% erscheint etwas niedriger als in anderen Studien, jedoch sind die Komorbiditätsmuster und die störungsbezogenen Komorbiditätsraten den Beobachtungen anderer Studien ähnlich (GSMS, ZESCAP, NYS, BJS). Ein von Butler et al. (1995) beschriebener Zusammenhang zwischen expansiven und affektiven Störungen konnte für das Kindesalter nicht gefunden werden; er zeigte sich aber bei der Auswertung der Zusammenhänge zwischen Kindes- und Erwachsenenalter. Bei der genaueren Betrachtung der berichteten Symptome konnte die von Miller und Castellanos (1998) beschriebene Häufung des unaufmerksamen Typus bei ADHS in unserer rein weiblichen Stichprobe nicht gefunden werden. Fast alle der in der Kindheit von ADHS betroffenen jungen Frauen berichteten ausgeprägte Symptome von Unaufmerksamkeit; aber oft waren auch Symptome von Hyperaktivität und Impulsivität vorhanden, so dass dann doch eher der impulsiv-hyperkinetische Typ oder der Mischtyp diagnostiziert wurden.

Zwischen für das Kindesalter berichteten Störungen und späteren soziodemographischen Merkmalen wurden Zusammenhänge gefunden. Junge Frauen, die für das Kindesalter die Kriterien einer Störung erfüllten, hatten signifikant seltener das Abitur als junge Frauen, die für das Kindesalter keine relevanten Probleme angaben. Hinsichtlich der Ausbildungsabschlüsse und der Beschäftigungssituation zeigten sich nur für diejenigen jungen Frauen signifikante Zusammenhänge, die sich an expansive Störungen im Kindesalter erinnerten; jedoch sind diese Zusammenhänge nicht klar interpretierbar. Der ermittelte sozioökonomische Status lag bei jungen Frauen, die für das Kindesalter psychische Störungen - mit Ausnahme von Ausscheidungsstörungen - berichteten, signifikant niedriger als bei im Kindesalter gesunden jungen Frauen. Zusammenhänge psychischer Störungen und ungünstigen sozioökonomischen Entwicklungen wurden auch von Silverman und Nelles (1990), Francis (1990) und Pajer (1998) gefunden. Beeindruckend ist, dass junge Frauen, die sich für das Kindesalter an das Vorliegen einer psychischen Störung erinnerten, signifikant häufiger Kinder hatten. Dieser Zusammenhang wird zwar auch von Pajer (1998) und im DSM-IV (APA, 1994) berichtet; er erstaunt aber doch. Natürlich dürfen bei der Betrachtung der soziodemographischen Merkmale auch deren wechselseitige Zusammenhänge nicht übersehen werden: Junge Frauen, die einen Haupt- oder Realschulabschluss haben, beenden ihre Berufsausbildung üblicherweise eher als junge Frauen, die das Abitur ablegen und dann ein Studium anschließen. Mit einer früher abgeschlossenen Berufsausbildung ist man eher von den Eltern unabhängig (vgl. Berechnung des SES, Abschnitt 6.3, S.103ff.) und gründet eben vielleicht auch eher eine eigene Familie.

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit lag auf der Betrachtung von Zusammenhängen zwischen Störungen, die für das Kindesalter berichtet wurden, und Störungen, die später im Leben vorlagen. Dabei konnten viele der in anderen Studien gefundenen Zusammenhänge bestätigt werden (z.B. Dunedin-Studie, EDSP). Dazu gehören beispielsweise Zusammenhänge zwischen Angststörungen im Kindesalter und Angststörungen im Erwachsenenalter. Ein in der Literatur wiederholt beschriebener Zusammenhang zwischen früher TAS und späterer Panikstörung (Battaglia et al., 1995, Deltito et al., 1986) konnte aber nicht bestätigt werden. Außer ADHS und Enuresis wiesen alle für das Kindesalter genauer betrach-

teten Störungen signifikante Zusammenhänge mit depressiven Störungen auf. Bei ADHS bestand ein signifikanter Zusammenhang mit späteren bipolaren Störungen, was beispielsweise auch von Biederman et al. (1996) gefunden wurde. Leider sind die hier vorliegenden Fallzahlen aber niedrig, so dass eine Interpretation nur eingeschränkt möglich ist. Enuresis wies keine spezifischen Zusammenhänge mit einzelnen späteren Störungen auf, war aber doch mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen irgendeiner psychischen Störung im Erwachsenenalter verbunden, wie das auch Mikkelsen et al. (1980) vermutet hatten. Einige Zusammenhänge, die so nicht erwartet worden waren, bestanden zwischen Störungen im Kindesalter (Spezifische Phobien, Zwangsstörungen, TAS, ADHS, SSV) und den in der vorliegenden Studie eher selten berichteten somatoformen, Substanz- und Ess-Störungen (vgl. Abbildung 7.18, S.194).

Die vorliegende Arbeit konnte auf die Daten aus über 2000 diagnostischen Interviews zurückgreifen, die mit jungen Frauen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren in Dresden geführt wurden. Dies ist eine große Zahl für eine repräsentative Stichprobe, die auf freiwilliger Basis rekrutiert wurde. Für junge Frauen dieser Altersgruppe in Dresden handelte es sich dabei um eine repräsentative Stichprobe. Es kamen die aktuellen Störungskriterien des DSM-IV zur Anwendung, die innerhalb des eingesetzten strukturierten klinischen Interviews erfasst wurden. Da nur Frauen befragt wurden, konnten gerade die sogenannten internalisierenden Störungen vermutlich häufiger erfasst und damit auch genauer betrachtet werden als in einer gemischtgeschlechtlichen Stichprobe, da diese Störungen bei Frauen und Mädchen häufiger auftreten als bei Männern und Jungen. Jedoch werden für das jüngere Kindesalter diesbezüglich auch Zahlen berichtet, dass Jungen vor der Pubertät allgemein häufiger von Störungen, gleichgültig ob internalisierend oder externalisierend, betroffen sind als Mädchen (GSMS, Dunedin-Studie, National Survey of Mental Health and Wellbeing (Chiöd and Adolescent Component), ZESCAP). Möglicherweise ist dies auch ein Grund für die teilweise sehr niedrigen Fallzahlen. Die Raten für Angst- und affektive Störungen im Jugend- und Erwachsenenalter sind aber aufgrund der rein weiblichen Stichprobe hoch, so dass genaue Auswertungen möglich sind. Verallgemeinerungen der Ergebnisse sind allerdings nur für Frauen möglich.

Eine wesentliche Kritik an der vorliegenden Arbeit liegt in deren retrospektiven Ansatz. Die Angaben hinsichtlich früherer Beschwerden können mit Fehlern behaftet sein, die die Qualität der gewonnenen Informationen herabsetzen. Die Frage ist, inwieweit systematische Verzerrungen zu erwarten sind und in welche Richtung diese gehen. Simon und von Korff (1995) betrachteten diesen Problembereich, der sich ja gerade in epidemiologischen Studien niederschlägt. Allerdings stützten sie sich überwiegend auf Untersuchungen, die das aktuelle Vorliegen einer Depression und deren Einfluss auf das Angeben früherer Beschwerden – insbesondere frühere depressive Episoden – untersuchten. Insgesamt kommen sie zu dem Schluss, dass körperliche wie auch psychiatrische Probleme rückblickend in Häufigkeit und Schwere eher unter- als überschätzt werden. Dass Beschwerden angegeben werden, die nicht vorlagen, ist sehr viel seltener. Gerade bei depressiven Erkrankungen scheint ein Einfluss der aktuellen emotionalen Befindlichkeit auf die Erinnerung früherer Beschwerden zu bestehen.

Zum einen ist dies der insgesamt negativen Sicht eines Betroffenen auf sich und die Welt geschuldet zum anderen deutet es aber auch ein Phänomen der Lernpsychologie an, dass Erfahrungen, die in einem bestimmten emotionalen Zustand gemacht wurden, bei ähnlicher Befindlichkeit leichter erinnert werden als in einem anderen emotionalen Zustand. Wessel, Meeren, Peeters, Arntz und Merckelbach (2001) betrachteten die Genauigkeit des autobiographischen Gedächtnisses bei Patienten mit einer Major Depression, einer Angststörung oder einem Trauma in der Kindheit. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass das Vorliegen einer aktuellen depressiven Störung mit einer geringeren Genauigkeit des autobiographischen Gedächtnisses zusammenhängt und dass das Vorhandensein einer Angststörung keinen Zusammenhang mit der Genauigkeit des autobiographischen Gedächtnisses aufweist. Angold, Erkanli, Costello und Rutter (1996) untersuchten Genauigkeit und Reliabilität der Angaben zum Beginn einer Symptomatik. Dabei fanden sie, dass der Monat des Beginns nicht mehr genau angegeben werden konnte, wenn Probleme länger als drei Monate bestanden. Das angegebene Jahr des Beginns wurde unsicher, wenn Symptome länger als ein Jahr vorlagen. Insgesamt machten ältere Kinder etwas genauere Angaben als jüngere, wobei die Genauigkeit mit der zeitlichen Distanz von einem Symptombeginn abnahm, dabei allerdings so, dass die Ungenauigkeit im ersten Jahr am stärksten zunahm und dann eine weniger „steile“ Zunahme der Ungenauigkeit beobachtet wurde (Warshaw, Klerman & Lavori, 1991). Angold et al. (1996) stellten auch fest, dass Eltern keine genaueren zeitlichen Angaben machten als Kinder und dass sich insgesamt das Erinnerungsvermögen hinsichtlich psychischer Störungen von Kindern ab einem Alter von 6 Jahren wenig von dem von Erwachsenen unterscheidet (Angold, 1995). Sowohl bei den Kindern als auch bei den Eltern waren die zeitlichen Angaben für expansive Störungen ungenauer als für internalisierende und andere Störungen (Ausscheidungsstörungen, Tics, Symptome von Ess-Störungen, Zwangsstörungen Trichotillomanie). Prospektive Studien könnten dem Problem der ungenauen zeitlichen Einordnung entgegenwirken; aber diese müssten mit sehr häufigen Erhebungen verbunden sein, da, wie oben erwähnt, schon nach drei Monaten die Genauigkeit der zeitlichen Einordnung eines Symptoms deutlich abnimmt. An dieser Stelle entsteht dann ein extrem hoher Aufwand. Insgesamt kann wohl davon ausgegangen werden, dass eine hinreichend genaue relative zeitliche Einordnung der Symptome und Beschwerden möglich erscheint, dass eine erheblich genauere Einordnung nur unter extrem hohen Kosten möglich wäre und somit an dieser Stelle nicht durchführbar erscheint. Die Prävalenzraten expansiver Störungen fallen nicht immer höher aus, wenn die Angaben der Eltern herangezogen werden, als wenn sich nur auf die Angaben der Kinder selbst gestützt wird (vgl. NIMH-MECA vs. QCMHS).

Für die vorliegende Arbeit lassen sich also folgende Schlüsse ziehen:

- (1) Die retrospektive Erfassung der Störungen wird eher mit einer Unterschätzung der Prävalenzraten einhergehen als mit einer Überschätzung. Damit können die Zusammenhänge, die in dieser Studie aufgedeckt wurden, als relativ sicher gelten. In der Gruppe, die im Kindesalter keine Störung angaben, sind mit größerer Wahrscheinlichkeit Personen, die diese Störung „vergessen“ haben, als dass in der Gruppe von Personen, die für das Kindesalter das Vorliegen einer Störung er-

innerten, Personen sind, die eine Störung „hinzuerfanden“. Leider ist es damit aber auch möglich, dass Zusammenhänge nicht entdeckt werden können, wenn durch diese Unterschätzung Fallzahlen zu klein werden.

- (2) Das zusätzliche Befragen der Eltern unserer Probandinnen hätte möglicherweise für expansive Störungen höhere Prävalenzraten ergeben können als das alleinige Befragen der jungen Frauen selbst.
- (3) Die absolute zeitliche Einordnung der betrachteten Störung erscheint aufgrund einer retrospektiven Datenerhebung fragwürdig; jedoch ist von einer hinreichenden relativen Genauigkeit für die zu beantwortenden Fragestellungen auszugehen und eine zusätzliche Befragung der Eltern hätte kaum mehr Genauigkeit gebracht.

Nach dieser Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen kann die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende Studie für die durchgeführten Auswertungen als sehr gut geeignet eingeschätzt werden. Prospektive epidemiologische Studien werden stets mit einem sehr hohen Aufwand verbunden sein und doch gleichzeitig das Problem möglicherweise geringer Fallzahlen nicht ausschließen können. Dieses Problem zeigte sich zwar auch in der vorliegenden Arbeit; jedoch wurden die Informationen immerhin mit wesentlich geringerem Aufwand gewonnen, als das durch eine prospektive Studie mit Beginn im Kindesalter möglich gewesen wäre. Die in der vorliegenden Arbeit als signifikant gefundenen Zusammenhänge erscheinen ausreichend abgesichert, um mögliche Verzerrungen durch die retrospektive Erfassung auszuschließen.

In zukünftigen Studien könnten insbesondere in Hinblick auf Störungen mit geringen Fallzahlen auch gerade klinische Stichproben oder Hochrisikopopulationen im Kindesalter herangezogen werden, um die Möglichkeit zu haben, den längsschnittlichen Verlauf psychischer Störungen von der Kindheit ins Erwachsenenalter hinein zu verfolgen.

Literatur

- Achenbach, T.M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. In M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (3-14). New York: Plenum Press.
- Alpert, J. E., Maddocks, A., Rosenbaum, J. F. & Fava, M. (1994). Childhood psychopathology retrospectively assessed among adults with early onset major depression. *Journal of Affective Disorders*, 31, 165-171.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition revised (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, J. C. ; Williams, S. ; McGee, R. & Silva, P. A. (1987). DSM-III Disorders in Preadolescent Children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Angold, A. (1995). Clinical interviewing with children and adolescents. In M. Rutter (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 51-63). Oxford: Blackwell Scientific.
- Angold, A. & Costello, E. J. (1996). Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1205-1212.
- Angold, A., Costello, E. J. & Worthman, C. M. (1998). Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28, 51-61.
- Angold, A., Erkanli, A., Costello, J. E. & Rutter, M. (1996). Precision, Reliability, and Accuracy in the Dating of Symptom Onsets in Child and Adolescent Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(6), 657-664.
- Attie, I., Brooks-Gunn, J. & Petersen, A.C. (1990). A developmental perspective on eating disorders and eating problems. In M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (409-420). New York: Plenum Press.
- Battaglia, M., Bertella, S., Politi, E., Bernardeschi, L., Perna, G., Babriale, A. & Bellodi, L. (1995). Age at onset of panic disorder: Influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1362-1364.
- Beidel, D. C. (1998). Social anxiety disorder: Etiology and early clinical presentation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(suppl. 17), 27-31.
- Bergeron, L., Valla, J.-P., Breton, J.-J., Gaudet, N., Berthiaume, C., Lambert, J., St-Georges, M. & Smolla, N. (2000). Correlates of mental disorders in the Quebec general population of 6 to 14-year olds. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(1), 47-62.
- Bernstein, G. A. & Borchardt, C. M. (1991). Anxiety Disorders in childhood and adolescence: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 519-533.
- Biederman, J. & Faraone, S. V. (1995). Childhood mania revisited. *Israel Journal of Medical Science*, 31(11), 647-651.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Wozniak, J., Chen, L., Ouellette, C., Marrs, A., Moore, P., Garcia, J., Mennin, D. & Lelon, E. (1996). Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(8), 997-1008.
- Biederman, J. ; Faraone, S. V. ; Milberger, S. ; Jetton, J. G. ; Chen, L. ; Mick, E. ; Greene, R. W. & Russell, R. L. (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1193-1204.
- Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., St-Georges, M., Houde, L. & Lepine, S. (1999). Quebec child mental health survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 375-384.
- Brockhaus Enzyklopädie (2001). *Das Große Fremdwörterbuch*. Leipzig, Mannheim: F. A. Brockhaus GmbH.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L. & Joyce, P. R. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: A controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(2), 101-107.
- Butler, S. F. ; Arredondo, D. E. & McCloskey, V. (1995). Affective Comorbidity in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 7(2), 51-55.
- Caspi, A., Lynam, D., Moffitt, T. E. & Silva, P. A. (1993). Unraveling girls' delinquency: Biological, dispositional, and contextual contributions to adolescent misbehavior. *Developmental Psychology*, 29(1), 19-30.
- Cicchetti, D. (1990). A historical perspective on the discipline of developmental psychopathology. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 2-28). New York: Cambridge University Press.
- Cohen, P. & Brook, J. (1987). Family factors related to the persistence of psychopathology in childhood and adolescence. *Psychiatry*, 50, 332-345.
- Cohen, P., Cohen, J. & Brook, J. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: II. Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 869-877.

- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence - I. Age- and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 851-867.
- Costello, E. J., Messer, S. C., Bird, H. R., Cohen, P. & Reinherz, H. Z. (1998). The prevalence of serious emotional disturbance: A re-analysis of community studies. *Journal of Child and Family Studies*, 7, 411-432.
- Craske, M. G., Poulton, R., Tsao, J. C. & Plotkin, D. (2001). Paths to panic disorder/ agoraphobia: an exploratory analysis from age 3 to 21 in an unselected birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(5), 556-563.
- Dashiff, C. J. (1995). Understanding separation anxiety disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 8(2), 27-38.
- de Ruiter, C. & van Ijzendoorn, M. H. (1992). Agoraphobia and anxious-ambivalent attachment: An integrative review. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 365-381.
- Deep, A. L., Nagy, L. M., Weltzin, T. E., Rao, R. & Kaye, W. H. (1995). Premorbid onset of psychopathology in long-term recovered anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17(3), 291-297.
- Deltito, J. A., Perugi, G., Marenmani, I., Mignani, V. & Cassano, G. B. (1986). The importance of separation anxiety in the differentiation of panic disorder from agoraphobia. *Psychiatric Developments*, 3, 227-236.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1992). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der World Health Organisation (WHO)*. Bern: Huber.
- DiNardo, P.A.; Brown, T.A. & Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L)*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Döpfner, M. (1998). Hyperkinetische Störungen. In F. Petermann (Ed.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (3., korrigierte Auflage, pp. 165-217). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Berner, W., Fleischmann, T. & Schmidt, M. H. (1993). *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV)*. Weinheim: Beltz.
- Douglass, H.M., Moffitt, T.E., Dar, R., McGee, R. & Silva, P. (1995). Obsessive-Compulsive Disorder in a Birth Cohort of 18-Year-Olds: Prevalence and predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1424-1431.
- Duden (1990). *Das Fremdwörterbuch* (Der Duden Bd. 5). 5., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Mannheim: Dudenverlag
- Dulcan, M. K. (1996). Epidemiology of child and adolescent mental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7), 852-854.
- Dumas, J. E. (1992). Conduct Disorder. In S. M. Turner, K. S. Calhoun & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (pp. 285-316). New York: Wiley.
- Egan, J. (1992). Oppositional Defiant Disorder. In J. M. Wiener (Ed.), *Textbook of child and adolescent psychiatry*. American Academy for Child and Adolescent Psychiatry & American Psychiatric Press.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 221-231.
- Essau, C. A., Groen, G., Conradt, J., Turbanisch, U. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit, Komorbidität und psychosoziale Korrelate der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung. *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie*, 67, 296-305.
- Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46, 105-124.
- Esser, G., Schmidt, M.H., Blanz, B., Fätkenheuer, B., Fritz, A., Koppe, T., Laucht, M., Rensch, B. & Rothenberger, A. (1992). Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter - Ergebnisse einer prospektiven epidemiologischen Längsschnittstudie von 8 bis 18 Jahren. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 20(4), 232-242.
- Fahrmeir, L., Hamerle, A. & Tutz, G. (1996). Regressionsmodelle zur Analyse von Verweildauern. In L. Fahrmeir, A. Hamerle & G. Tutz (Eds.), *Multivariate statistische Verfahren* (pp. 301-356). Berlin: Walter de Gruyter.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Mennin, D., Wozniak, J. & Spencer, T. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1378-1387.
- Feehan, M., McGee, R. & Williams, S. M. (1993). Mental health disorders from age 15 to age 18 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1118-1126.
- Feehan, M., McGee, R., Williams, S. M. & Nada-Raja, S. (1995). Models of Adolescent Psychopathology: Childhood Risk and the Transition to Adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5), 670-679.
- Flammer, A. (1996). *Entwicklungstheorien* (Vol. 2., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Huber.
- Forsythe, W. I. & Redmond, A. (1974). Enuresis and spontaneous cure rate: study of 1129 enuretics. *Archives of Diseases of Childhood*, 49, 259-263.
- Francis, G. (1990). Social Phobia in Childhood. In M. Hersen & C. G. Last (Eds.), *Handbook of Child and Adult Psychopathology* (pp. 163-168). Elmsford, NY: Pergamon Press.

- Friman, P. C., Handwerk, M. L., Swearer, S. M., McGinnis, J. C. & Warzak, W. J. (1998). Do children with primary nocturnal enuresis have clinically significant behavior problems? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 152(6), 537-539.
- Glick, M. (1997). The developmental approach to adult psychopathology. In S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti & J. R. Weisz (Eds.), *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder* (pp. 227-247). New York: Cambridge University Press.
- Goodman, R., Ford, T. & Meltzer, H. (2002). Mental health problems of children in the community: 18 month follow up. *British Medical Journal*, 324, 1496-1497.
- Goodman, S. H., Schwab-Stone, M., Lahey, B. B., Shaffer, D. & Jensen, P. S. (2000). Major depression and dysthymia in children and adolescents: discriminant validity and differential consequences in a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 761-770.
- Graetz, B. W., Sawyer, M. G., Hazell, P. L., Arney, F. & Baghurst, P. (2001). Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1410-1417.
- Graham, P. & Skuse, D. (1992). The developmental perspective in classification. In M. H. Schmidt & H. Remschmidt (Eds.), *Developmental Psychopathology*. Lewiston, Bern: Hogrefe & Huber.
- Hechtman, L. (1999). Predictors of long-term outcome in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric Clinics of North America*, 46(5), 1039-1052.
- Herpetz-Dahlmann, B. (1988). Psychiatrische Erkrankungen im Vorfeld der Anorexia nervosa. *Klinische Pädiatrie*, 200, 108-112.
- Hersen, M. & Last, C. G. (Eds.). (1990). *Handbook of Child and Adult Psychopathology*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H. & Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *British Journal of Psychiatry*, 179(4), 324-329.
- Höfler, M. (2003). *Statistische Aspekte epidemiologischer Studien* (Unveröffentlichtes Manuskript, vierte Auflage). München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159, 394-400.
- Kaplow, J. B., Curran, P. J., Angold, A. & Costello, E. J. (2001). The prospective relation between dimensions of anxiety and the initiation of adolescent alcohol use. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(Special Issue 3), 316-326.
- Kashani, J. H., Beck, N. C., Hooper, E. W., Fallahi, C., Corcoran, C. M., McAllister, J. A., Rosenberg, T. K. & Reid, J. C. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 584-589.
- Kashani, J. H. & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Keller, A. (2000). Die Klassifikation psychischer Störungen nach DSM-IV mit Hilfe eines strukturierten Interviews (F-DIPS): Eine Untersuchung der Retest-Reliabilität und der Validität. Universität Heidelberg: Dissertation.
- Keller, M., Lavori, P., Wunder, J., Beardslee, W., Schwartz, C. & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 595-599.
- Klein, R. G. & Last, C. G. (1989). Anxiety disorders in children. In *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry* (Vol. 20). Newbury Park: Sage.
- Kotler, L. A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S. & Walsh, B. T. (2001). Longitudinal relationship between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1434-1440.
- Kovacs, M. (1989). Affective disorders in children and adolescents. *American Psychologist*, 44(2), 209-215.
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S. L. & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 46(9), 776-782.
- Kreienbrock, L. & Schach, S. (1995). *Epidemiologische Methoden*. Stuttgart, Jena: Gustav Fischer Verlag.
- Lahey, B. B., Applegate, B., Barkley, R. A., Garfinkel, B., McBurnett, K., Kerdyk, L., Greenhill, L., Hynd, G. W., Frick, P. J., Newcorn, J., Biederman, J., Ollendick, T., Hart, E. L., Perez, D., Waldman, I. & Shaffer, D. (1994). DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1163-1171.
- Lahey, B. B., Flagg, E. W., Bird, H. R., Schwab-Stone, M. E., Canino, G., Dulcan, M. K. et al. (1996). The NIMH Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study: Background and Methodology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7), 855-864.
- Last, C. G., Francis, G. & Strauss, C. C. (1989). Assessing fears in anxiety disordered children with the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 137-141.

- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1070-1076.
- Last, C. G., Strauss, C. C. & Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12), 726-730.
- Last, C. G., Strauss, C. C. & Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12), 726-730.
- Leaf, P. J., Alegria, M., Cohen, P., Goodman, S. H., McCue-Horwitz, S., Hoven, C., Narrow, W. E. et al. (1996). Mental Health Service Use in the Community and Schools: Results from the Four-Community MECA Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7), 889-897.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 133-144.
- Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M. & Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(4), 377-394.
- Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Wunderlich, U., Holly, A., Mastaler, M., Sonntag, H., Gander, F., Höfler, M., Lachner, G., Perkonig, A., Garczynski, E., Türk, D. & Wittchen, H.-U. (1998). Projects 2 and 3: Vulnerability and protective factors in early developmental stages of substance use disorders. *European Addiction Research*, 4, 206-207.
- Lipsitz, J. D., Martin, L. Y., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F. & Fyer, A. J. (1994). Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 927-929.
- Loeber, R., Lahey, B. B. & Thomas, C. (1991). Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 379-390.
- Margraf, J., Schneider, S., & Ehlers, A. (1991). *DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen*. Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S., Soeder, U., Neumer, S. & Becker, E. S. (1996). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen - Forschungsversion (F-DIPS)*. TU Dresden: Unveröffentlicht.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S. & Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(1), 50-59.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P. A. & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(4), 611-619.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. & Ford, T. (2000). *The mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: The Stationery Office.
- Mikkelsen, E. J., Rapoport, J. L., Nee, L., Gruenau, C., Mendelson, W. & Gillin, J. C. (1980). Childhood Enuresis: I. sleep patterns and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1139-1144.
- Miller, K. J. & Castellanos, F. X. (1998). Attention Deficit/Hyperactivity Disorders. *Pediatrics in Review*, 19(11), 373-384.
- Oldehinkel, T., Wittchen, H.-U. & Schuster, P. (1999). Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 29(3), 655-668.
- Pajer, K. A. (1998). What Happens to "Bad" Girls? A Review of the Adult Outcomes of Antisocial Adolescent Girls. *American Journal of Psychiatry*, 155, 862-870.
- Perkonig, A. & Wittchen, H.-U. (1995). Epidemiologie von Angststörungen. In S. Kasper & H.-J. Möller (Eds.), *Praxis der Angsterkrankungen* (pp. 127-146). Jena: Gustav Fischer Verlag.
- Perugi, G., Deltito, J., Soriani, A., Musetti, L., Petracca, A., Nisita, C., Marenmani, I. & Cassano, G. B. (1988). Relationships between panic disorder and separation anxiety with school phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 98-107.
- Petermann, F., Kusch, M. & Niebank, K. (1998). *Entwicklungspsychopathologie-ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz
- Petermann, F. & Essau, C.A. (1998). Störungen der Ausscheidung: Enuresis und Enkopresis. In F. Petermann (Ed.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (3., korrigierte Auflage, pp. 485-514). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Warschburger, P. (1998). Aggression. In F. Petermann (Ed.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (3., korrigierte Auflage, pp. 127-163). Göttingen: Hogrefe.
- Peterson, B. S., Pine, D. S., Cohen, P. & Brook, J. S. (2001). Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit/ hyperactivity disorders in an epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(6), 685-695.
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P. & Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *American Journal of Psychiatry*, 156(1), 133-135.
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P. & Brook, J. S. (2000). Social phobia and the persistence of conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(5), 657-665.
- Pliszka, S. R. (1998). Comorbidity of attention-deficit/ hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(suppl. 7), 50-58.

- Poulton, R. ; Trainor, P. ; Stanton, W. ; McGee, R. ; Davies, S. & Silva, P. (1997). The (in)stability of adolescent fears. *Behaviour, Research and Therapy*, 35(2), 159-163.
- Rapoport, J. L., Inoff-Germain, G., Weissman, M. M., Greenwald, S., Narrow, W. E., Jensen, P. S., Lahey, B. B. & Canino, G. (2000). Childhood obsessive-compulsive disorder in the NIMH MECA Study: Parent versus child identification of cases. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(6), 535-548.
- Rapoport, J. L., Swedo, S. L. & Leonard, H. L. (1992). Childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(Suppl.), 11-16.
- Remschmidt, H. (1986). Was wird aus kinderpsychiatrischen Patienten? Methodische Überlegungen und Ergebnisse. In M.H. Schmidt & S. Drömann. Langzeitverlauf kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen. *Klinische Psychologie und Psychopathologie* (Vol. 41, pp. 1-14). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Rey, J. M., Sawyer, M. G., Raphael, B., Patton, G. C. & Lynskey, M. (2002). Mental health of teenagers who use cannabis: Results of an Australian survey. *British Journal of Psychiatry*, 180, 216-221.
- Satlow, E. (1996). *Die Interrater-Reliabilität im Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen, Forschungs-version (F-DIPS) bei der Studie "Gesundheit in Dresden"*. FU Berlin: unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Sawyer, M. G., Arney, F. M., Baghurst, P. A., Clark, J. J., Graetz, B. W., Kosky, R. J., Nurcombe, B., Patton, G. C., Prior, M. R., Raphael, B., Rey, J., Whaites, L. C. & Zubrick, S. R. (2000). *Mental Health of Young People in Australia*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Sawyer, M. G., Arney, F. M., Baghurst, P. A., Clark, J. J., Graetz, B. W., Kosky, R. J., Nurcombe, B., Patton, G. C., Prior, M. R., Raphael, B., Rey, J. M., Whaites, L. C. & Zubrick, S. R. (2001). The mental health of young people in Australia: Key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 806-814.
- Sawyer, M. G., Kosky, R. J., Graetz, B. W., Arney, F., Zubrick, S. R. & Baghurst, P. (2000). The National Survey of Mental health and Wellbeing: the child and adolescent component. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(2), 214-220.
- Schachar, R. & Wachsmuth, R. (1990). Oppositional disorder in children: A validation study comparing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(7), 1089-1102.
- Schaefer, C. E. (1979). *Childhood Encopresis and Enuresis: Causes and Therapy*. New York: Von Nostrand Reinhold.
- Schatzberg, A. F., Samson, J. A., Rothschild, A. J., Bond, T. C. & Regier, D. A. (1998). McLean Hospital depression research facility: early onset phobic disorders and adult onset major depression. *British Journal of Psychiatry*, 173(suppl.34), 29-34.
- Schmidt, M. H. & Drömann, S. (1986). Langzeitverlauf kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen. In *Klinische Psychologie und Psychopathologie* (Vol. 41). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Schneider, S. (2002). *Die Entstehung der Panikstörung: Risikoforschung in Quer- und Längsschnittstudien*. Technische Universität Braunschweig: Habilitation.
- Schwab-Stone, M. E., Shaffer, D., Dulcan, M. K., Jensen, P. S., Fisher, P., Bird, H., Goodman, S. H. et al. (1996). Criterion Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC 2.3). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7), 878-888.
- Scott, M. A., Barclay, D. R. & Houts, A. C. (1992). Childhood enuresis: etiology, assessment, and current behavioral treatment. *Progress in Behavior Modification*, 28, 83-117.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M. E., Lahey, B. B. et al. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC 2.3): Description, Acceptability, Prevalence Rates, and Performance in the MECA Study. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 35(7), 865-877.
- Silverman, W. K. & Nelles, W. B. (1990). Simple Phobia in Childhood. In M. Hersen & C. G. Last (Eds.), *Handbook of Child and Adult Psychopathology* (pp. 183-195). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Simon, G. E. & von Korff, M. (1995). Recall of Psychiatric History in Cross-sectional Surveys: Implications for Epidemiologic Research. *Epidemiologic Reviews*, 17(1), 221-226.
- SPSSInc. (2000). *Statistical Program for Social Science SPSS 10.0*. Chicago: SPSSInc.
- StataCorp. (2001). *Stata Statistical Software: Release 7.0*. College Station, TX: Stata Corporation
- Stein, M. A., Roizen, N. M. & Leventhal, B. L. (1999). Bipolar disorder and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1208-1209.
- Steinhausen, H.-C., Winkler, C., Metzke, C. W., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 262-271.
- Steinhausen, H.-C. & Winkler Metzke, C. (2001a). Global measures of impairment in children and adolescents: results from a Swiss community survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 282-286.
- Steinhausen, H.-C. & Winkler Metzke, C. (2001b). Risk, Compensatory, Vulnerability, end Protective Factors Influencing Mental Health in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(3), 259-280.
- Strauss, C. C. & Last, C. G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 141-152.
- Swedo, S. E., Leonard, H. L. & Rapoport, J. L. (1992). Childhood-onset obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinic of North America*, 15(4), 767-775.

- Swedo, S. E. & Rapoport, J. L. (1990). Obsessive-Compulsive Disorder in Childhood. In M. Hersen & C. G. Last (Eds.), *Handbook of Child and Adult Psychopathology* (pp. 211-219). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Velez, C. N., Johnson, J. & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(6), 861-864.
- Verhulst, F.C. (1995). The epidemiology of child and adolescent psychopathology: Strengths and limitations. In F.C. Verhulst & H.M. Koot (Eds.), *The epidemiology of child and adolescent psychopathology* (1-21). Oxford: Oxford University Press.
- Vogel, W., Young, M. & Primack, W. (1996). A survey of physician use of treatment methods for functional enuresis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17, 90-93.
- Warshaw, M. G., Klerman, G. L. & Lavori, P. W. (1991). Are secular trends in major depression an artifact of recall? *Journal of Psychiatric Research*, 25(3), 141-151.
- Warzak, W. J. (1993). Psychosocial implications of nocturnal enuresis. *Clinical Pediatrics*, July, special edition), 38-40.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Wickramaratne, P., Goldstein, R. B., Adams, P., Greenwald, S., Ryan, N:D., Dahl, R. E. & Steinberg, D. (1999). Children with prepubertal-onset Major Depressive Disorder and Anxiety Grown Up. *Archives of General Psychiatry*, 56, 794-801.
- Wenar, C. (1994). *Developmental Psychopathology: From Infancy through Adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Wessel, I., Meeren, M., Peeters, F., Arntz, A. & Merckelbach, H. (2001). Correlates of autobiographical memory specificity: The role of depression, anxiety and childhood trauma. *Behaviour Research & Therapy*, 39(4), 409-421.
- Wittchen, H.-U., Kessler, R. C., Pfister, H. & Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl. 406), 14-23.
- Wittchen, H.-U., Lieb, R., Pfister, H. & Schuster, P. (2000). The waxing and waning of mental disorders: Evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2, Suppl. 1), 122-132.
- Wittchen, H.-U. ; Nelson, C. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- Wittchen, H.-U., Reed, V. & Kessler, R. C. (1998). The relationship of agoraphobia and panic in a community sample of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1017-1024.
- Wittchen, H.-U., Stein, M. B. & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29(2), 309-323.
- Wunderlich, U., Bronisch, T. & Wittchen, H.-U. (1998). Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248, 87-95.
- Yeragani, V., Meiri, P., Balon, R., Patel, H. & Pohl, R. (1989). History of separation anxiety in patients with panic disorder and depression and normal controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 550-556.

Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung
ADIS-L.....	Anxiety and Depression Interview Schedule - Lifetime
AP.....	Agoraphobie
APA.....	American Psychiatric Association
BAI.....	Beck Angst Inventar
BCMHS.....	British Child Mental Health Survey
BDI.....	Beck Depressions Inventar
BJS	Bremer Jugendstudie
BMBF.....	Bundesministerium für Bildung und Forschung
CAPA	Child and Adolescent Psychiatric Assessment
CBCL	Child Behavior Checklist
CI.....	Konfidenzintervall
DAWBA.....	Development and Well-Being Assessment
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DIS (R).....	Diagnostic Interview Schedule (revised)
DISC.....	Diagnostic Interview Schedule for Children (verschiedene Versionen genannt)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDSP	Early Developmental Stages of Psychopathology
F-DIPS.....	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen - Forschungsversion
GAF	Global Assessment of Functioning
GAS.....	Generalisierte Angststörung
GSMS.....	Great Smoky Mountains Study
HR	Hazard Ratio
ICD.....	International Classification of Diseases
MW	Mittelwert
NIMH-MECA	National Institute of Mental Health – Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Disorders
n.s.	nicht signifikant
NYS.....	New York State Study
OR	Odds Ratio
POS	Polytechnische Oberschule
PTB	Posttraumatische Belastungsstörung
QCMHS.....	Quebec Child Mental Health Survey
SCID.....	Structured Clinical Interview for DSM-IV
SCL	Symptom Checklist
SD.....	Standard Deviation (Standardabweichung)
SDS	Schwere depressive Störung
SE	Standard Error (Standardfehler)
SES.....	Socio-economic status
SOT	Störung mit oppositionellem Trotzverhalten

SP	Soziale Phobie
SPP	Spezifische Phobie
SPSS	Statistical Program for Social Science
SSV	Störung des Sozialverhaltens
TAS	Störung mit Trennungsangst
WHO	World Health Organisation
YSR	Youth Self Report
ZESCAP	Zürich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology

Tabellen

Tabelle 3.1	Klassifikation der Angststörungen	23
Tabelle 3.2:	Überblick zu den erfassten Angststörungen	24
Tabelle 3.3:	Epidemiologische Daten zur Störung mit Trennungsangst	26
Tabelle 3.4:	Epidemiologische Daten zu Spezifischen Phobien	28
Tabelle 3.5:	Epidemiologische Daten zu Sozialen Phobien	30
Tabelle 3.6:	Klassifikation der expansiven Störungen	33
Tabelle 3.7:	Epidemiologische Daten zu ADHS	35
Tabelle 3.8:	Epidemiologische Daten zu SOT und SSV	38
Tabelle 3.9:	Klassifikation der Ausscheidungsstörungen	39
Tabelle 3.10:	Epidemiologische Daten zu Enuresis	40
Tabelle 3.11:	Klassifikation der affektiven Störungen	41
Tabelle 3.12:	Epidemiologische Daten zu den erfassten affektiven Störungen	42
Tabelle 3.13:	Klassifikation der somatoformen Störungen	43
Tabelle 3.14:	Epidemiologische Daten zu den erfassten somatoformen Störungen	43
Tabelle 3.15:	Klassifikation der Ess-Störungen	44
Tabelle 3.16:	Klassifikation der substanzgebundenen Störungen	45
Tabelle 4.1:	Ausgewählte Studien	53
Tabelle 4.2:	Drei-Monats-Prävalenzen in der Great Smoky Mountains Study	56
Tabelle 4.3:	Ein-Jahres-Prävalenzen der erfassten DSM-III-Diagnosen bei Elfährigen	59
Tabelle 4.4:	Ein-Jahres-Prävalenzen der erfassten DSM-III-Diagnosen bei 15-Jährigen	60
Tabelle 4.5:	Ein-Jahres-Prävalenzen und Fallzahlen zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei Mädchen bzw. jungen Frauen (Pine et al., 2000)	63
Tabelle 4.6:	Ein-Jahres-Prävalenzen und Fallzahlen in der jeweiligen Altersgruppe über zwei Messzeitpunkte hinweg bei Mädchen	64
Tabelle 4.7:	Sechs-Monats-Prävalenzen verschiedener Störungen auf Basis der Angaben verschiedener Informanten innerhalb verschiedener Altersgruppen	67
Tabelle 4.8:	Ausschöpfungsquote und Stichprobengröße an den vier Erhebungsorten	69
Tabelle 4.9:	Sechs-Monats-Prävalenzen ohne und mit Beachtung des Beeinträchtigungskriteriums	70
Tabelle 4.10:	Ein-Jahres-Prävalenzen für die erfassten Störungen	72
Tabelle 4.11:	Prävalenzraten der erfassten Störungen nach Alter und Geschlecht	75
Tabelle 4.12:	Sechs-Monats-Prävalenzen der erfassten Störungen	77
Tabelle 4.13:	Sechs-Monats-Prävalenz für das Vorliegen irgendeiner psychischen Störung nach Alter und Geschlecht	77
Tabelle 4.14:	Komorbiditätsraten zwischen Störungsgruppen	78
Tabelle 4.15:	Lebenszeitprävalenzen der erfassten Störungen in der Bremer Jugendstudie	81
Tabelle 4.16:	Lebenszeitkomorbidität zwischen den im CAPI erfassten Störungen	83
Tabelle 4.17:	Prävalenzraten der erfassten Störungen bei 14- bis 24-Jährigen	86
Tabelle 4.18:	Odds Ratios und 95%-Konfidenzintervalle der Prävalenzraten bezogen auf drei Altersgruppen	89
Tabelle 4.19:	Prävalenzraten psychischer Störungen bei Mädchen	91
Tabelle 6.1:	Stichprobenneutrale Ausfälle bei der Ersterhebung	102
Tabelle 6.2:	Teilnehmerinnen und „Verweigerer“	102

Tabelle 6.3: Alter	103
Tabelle 6.4: Familienstand	104
Tabelle 6.5: Höchster Schulabschluss	104
Tabelle 6.6: Ausbildungsabschlüsse	105
Tabelle 6.7: Beschäftigung der Erwerbstätigen (n=959)	105
Tabelle 6.8: Zuordnung zu SES-Stufen (n=2056)	106
Tabelle 6.9: Bestimmung des SES mit Hilfe der ausgeübten Tätigkeiten/ Berufe	106
Tabelle 6.10: Beurteilungssachsen des DSM-IV	107
Tabelle 6.11: Übereinstimmung der früheren Diagnosen, Störungsoberklassen	110
Tabelle 6.12: Retest-Reliabilitäten für die Störungsgruppen	111
Tabelle 7.1: Lebenszeitprävalenzen der erfassten Störungsgruppen	119
Tabelle 7.2: Ein-Jahres-Prävalenzen der erfassten Störungsgruppen	120
Tabelle 7.3: Prävalenzraten der erfassten Angststörungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter sowie Ein-Jahres-Prävalenz	123
Tabelle 7.4: Prävalenzraten der erfassten expansiven und Ausscheidungsstörungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter sowie Ein-Jahres-Prävalenz	125
Tabelle 7.5: Prävalenzraten der erfassten affektiven Störungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter sowie Ein-Jahres-Prävalenz	126
Tabelle 7.6: Prävalenzraten der erfassten somatoformen Störungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter sowie Ein-Jahres-Prävalenz	127
Tabelle 7.7: Prävalenzraten der erfassten Ess- Störungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter sowie Ein-Jahres-Prävalenz	127
Tabelle 7.8: Prävalenzraten der erfassten substanzbezogenen Störungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter sowie Ein-Jahres-Prävalenz	128
Tabelle 7.9: Prävalenzraten anderer Studien im Vergleich mit der vorliegenden Arbeit	130
Tabelle 7.10: Mittelwert und Median des Auftretensalters der Angststörungen in Jahren	133
Tabelle 7.11: Mittelwert und Median des Auftretensalters der verschiedenen Spezifischen Phobien in Jahren	134
Tabelle 7.12: Mittelwert und Median des Auftretensalters expansiver Störungen und der Enuresis in Jahren	135
Tabelle 7.13: Mittelwert und Median des Auftretensalters affektiver, somatoformer, Ess- und substanzbezogener Störungen in Jahren	136
Tabelle 7.14: Komorbidität zwischen verschiedenen Störungsgruppen bis zum Alter von 12 Jahren	148
Tabelle 7.15: Komorbide Störungen hinsichtlich der genauer betrachteten Störungen	150
Tabelle 7.16: Häufigkeit der Symptome mit mindestens mäßiger Ausprägung und Mittelwerte der Ratings bei TAS im Kindesalter	158
Tabelle 7.17: Häufigkeit der Symptome mit mindestens mäßiger Ausprägung und Mittelwerte der Ratings bei ADHS im Kindesalter	159
Tabelle 7.18: Häufigkeit der Symptome mit mindestens mäßiger Ausprägung und Mittelwerte der Ratings bei SOT im Kindesalter	160
Tabelle 7.19: Häufigkeit der Symptome mit mindestens mäßiger Ausprägung und Mittelwerte der Ratings bei SSV im Kindesalter	161
Tabelle 7.20: Anzahl und prozentuale Verteilung der höchsten erreichten Schulabschlüsse nach psychischen Störungen im Kindesalter	163

Tabelle 7.21: Anzahl und prozentuale Verteilung der erreichten Ausbildungsabschlüsse nach psychischen Störungen im Kindesalter	165
Tabelle 7.22: Anzahl und prozentuale Verteilung des bestehenden Beschäftigungsverhältnis'	166
Tabelle 7.23: Anzahl und prozentuale Verteilung des sozioökonomischen Status	166
Tabelle 7.24: ORs zwischen psychischen Störungen im Kindesalter und einer Mutterschaft	168
Tabelle 7.25: Hazard-Ratios zwischen den ausgewählten frühen Störungen und häufigeren späteren Störungen und 95%-Konfidenzintervall	171
Tabelle 7.26: Zusammenhänge hinsichtlich der Störungsgruppen zwischen Kindesalter und Erwachsenenalter	173
Tabelle 7.27: Zusammenhänge hinsichtlich der Störungsgruppen zwischen Kindesalter und den letzten zwölf Monaten vor dem Interview	174
Tabelle 7.28: Ausgewählte Angststörungen im Kindesalter und Störungen im Erwachsenenalter sowie innerhalb der letzten zwölf Monate (nach Störungsgruppen)	176
Tabelle 7.29: Angststörungen im Kindesalter und ihr Zusammenhang mit psychischen Störungen im Erwachsenenalter und im letzten Jahr vor der Erhebung	178
Tabelle 7.30: Expansive Störungen im Kindesalter und Störungen im Erwachsenenalter sowie innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Erhebung (nach Störungsgruppen)	181
Tabelle 7.31: Zusammenhänge zwischen expansiven Störungen im Kindesalter und psychischen Störungen im Erwachsenenalter bzw. im letzten Jahr vor der Erhebung	182
Tabelle 7.32: Enuresis im Kindesalter und Störungen im Erwachsenenalter und im letzten Jahr vor der Erhebung (nach Störungsgruppen)	183
Tabelle 7.33: Zusammenhänge zwischen Enuresis im Kindesalter und psychischen Störungen im Erwachsenenalter bzw. innerhalb des letzten Jahres vor der Erhebung	184
Tabelle 7.34: Signifikante Odds Ratios für die Zusammenhänge psychischer Störungen im Kindesalter mit psychischen Störungen im Erwachsenenalter innerhalb verschiedener logistischer Regressionen	186
Tabelle 7.35: Signifikante Odds Ratios für die Zusammenhänge psychischer Störungen im Kindesalter mit psychischen Störungen im letzten Jahr innerhalb verschiedener logistischer Regressionen	188
Tabelle 7.36: Signifikante Odds Ratios für die Zusammenhänge psychischer Störungen im Kindesalter mit psychischen Störungen im Erwachsenenalter und im letzten Jahr vor der Erhebung innerhalb verschiedener logistischer Regressionen bei Ausschluss der rein stabilen Angststörungen	190
Tabelle 7.37: Zusammenhang zwischen der Anzahl für das Kindesalter erinnelter Störungen und psychischen Störungen im Erwachsenenalter bzw. im letzten Jahr	192

Abbildungen

Abbildung 2.1:	Modell zur Wirkung und Wechselwirkung von Risiko-, Belastungs- und protektiven Faktoren	19
Abbildung 2.2:	Modell zur Verdeutlichung des Zusammenwirkens der erhobenen Variablen	20
Abbildung 5.1:	Angenommene Zusammenhänge zwischen Störungen im Kindes- und Erwachsenenalter	100
Abbildung 6.1:	Mögliche Verläufe psychischer Störungen in Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter	115
Abbildung 7.1:	Ein-Jahres- und Lebenszeitprävalanz der erfassten Störungsgruppen	120
Abbildung 7.2:	Prävalenzraten der erfassten Störungsgruppen nach Altersgruppen	122
Abbildung 7.3:	Altersbezogene Häufigkeiten der Angststörungen	138
Abbildung 7.4:	Kumulierte Lebenszeitinzidenzen der erfassten Angststörungen	139
Abbildung 7.5:	Altersbezogene Häufigkeiten von expansiven Störungen und Enuresis	140
Abbildung 7.6:	Kumulierte Lebenszeitinzidenzen von expansiven Störungen und Enuresis	141
Abbildung 7.7:	Altersbezogene Häufigkeiten der affektiven Störungen	142
Abbildung 7.8:	Kumulierte Lebenszeitinzidenzen affektiver Störungen	143
Abbildung 7.9:	Altersbezogene Häufigkeiten der somatoformen und Ess-Störungen	144
Abbildung 7.10:	Kumulierte Lebenszeitinzidenzen von Ess- und somatoformen Störungen	144
Abbildung 7.11:	Anzahl psychischer Störungen bei Betroffenen	147
Abbildung 7.12:	Prozentuale Verteilung von einer, zwei und drei oder mehr Störungen bei Vorliegen einer ausgewählten Störung im Kindesalter	149
Abbildung 7.13:	Prozentuale Verteilung der verschiedenen Arten Spezifischer Phobien im Kindes- und Erwachsenenalter	155
Abbildung 7.14:	Prozentuale Verteilung der verschiedenen angstbesetzten sozialen Situationen bei von einer Sozialen Phobie Betroffenen im Kindes- und Erwachsenenalter	156
Abbildung 7.15:	Prozentuale Verteilung von Zwangsgedanken und -handlungen im Kindes- und Erwachsenenalter	157
Abbildung 7.16:	Stabilität der ausgewählten Angststörungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter	177
Abbildung 7.17:	Stabilität der expansiven Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter	180
Abbildung 7.18:	Gefundene Zusammenhänge zwischen Störungen im Kindes- und Erwachsenenalter	194

Dank

Mein Dank gilt als erstes Frau Professor Dr. Eni Becker, die mir die Möglichkeit zur Anfertigung dieser Doktorarbeit bot und die Hoffnung in deren Fertigstellung nicht aufgab. Von ihr erhielt ich stets schnell Rückmeldung zu erstellten Abschnitten, und sie motivierte mich immer aufs Neue. Hinsichtlich Fragen zum Statistikprogramm und zu statistischen Auswertungen möchte ich Eckhart Schulz und Jens Klotsche danken. Ein Dankeschön gilt auch Katja Herbst für ihre Zuarbeiten bei der Literaturbeschaffung und der Erstellung des Anhangs. Anita Neumann und ihrer Verwandtschaft danke ich dafür, dass sie in den Weihnachtstagen Zeit fanden, die niederländische Übersetzung der Kurzzusammenfassung zu formulieren. Neben der Bereitstellung der notwendigen Hardware danke ich ganz herzlich Heiko Teubner vor allem dafür, dass er einfach für mich da ist, wenn ich ihn brauche. Nicht zuletzt möchte ich meinen Eltern für ihre Geduld und Ausdauer beim Korrekturlesen ganz besonders danken. Sie haben mich aber nicht nur in dieser Hinsicht unterstützt, sondern standen und stehen mir auch bei unzähligen anderen kleineren und größeren Gelegenheiten zur Seite. Bedanken möchte ich mich auch für die vielen Gespräche mit Kollegen und Freunden, die immer wieder anspornten und zum Nachdenken anregten.

Abstract

Even so, that there is growing interest in the research of mental disorders during childhood and their associations with problems later in life the results are still limited and partly contradictory.

This thesis is based on a representative sample of 2064 young women living in Dresden. The structured interview allowed the diagnosis of lifetime disorders. Disorders during childhood were retrospectively assessed.

The lifetime prevalence of any mental disorder was 41.3 per cent. Anxiety, externalizing, and elimination disorders were most prevalent during childhood. The highest prevalence rates during adulthood were found for anxiety and affective disorders. Specific and social phobias as well as obsessive compulsive disorders showed a high stability from childhood into adulthood. Most cases of externalizing, elimination, and separation anxiety disorders remitted and did not continue into adulthood. But, these young women who reported having had such a disorder still suffered from a mental disorder with a higher probability than young women who did not recall such a disorder.

Specific associations were found between specific phobia, social phobia, separation anxiety disorder, and oppositional defiant disorder during childhood on the one hand and depression during adulthood on the other. Attention-deficit/ hyperactivity-disorders during childhood showed a strong association with later bipolar disorders. The expected association between conduct disorders during childhood and substance related disorders during adulthood was also found. Associations between separation anxiety disorder and panic disorder with or without agoraphobia were not found in this sample. Enuresis showed an unspecific association with later mental disorders. The number of mental disorders during childhood had no significant effect on the probability of later mental disorders. If a young woman recalled a mental disorder during childhood the probability for a later mental disorder was significantly enhanced.

Kortsamenvatting

In de literatuur worden ondanks een duidelijk toenemende interesse nog steeds onvolledige en tegenstrijdige resultaten gevonden met betrekking tot psychische stoornissen op kinderleeftijd en de samenhang hiervan met psychische of sociale problemen op latere leeftijd.

Dit proefschrift is gebaseerd op een representatief onderzoek bij 2064 jonge vrouwen in Dresden met behulp van een gestructureerd diagnostisch interview. Hierbij worden psychische stoornissen tijdens de gehele levensduur van de ondervraagde jongen vrouwen geanalyseerd. Stoornissen op kinderleeftijd worden retrospectief geanalyseerd.

De totale life time prevalentie voor het voorkomen van een willekeurige psychische stoornis bedraagt 41,3%. Op kinderleeftijd werden angst, externalisatie en eliminatie stoornissen het vaakst gediagnostiseerd. Op volwassenleeftijd zijn dit angst en affectieve stoornissen. Zowel specifieke als sociale fobieën en dwang stoornissen (obsessieve-compulsieve stoornissen) blijken stabiel te zijn van kinderleeftijd tot op volwassenleeftijd. Expansieve, eliminatie stoornissen en verlatingsangst gingen meestal in remissie na kinderleeftijd.

De jonge vrouwen die zich een dergelijke stoornis konden herinneren hadden een duidelijk hogere kans om als volwassen een psychische stoornis te ontwikkelen vergeleken met jonge vrouwen die gezond waren op kinderleeftijd.

Er bestaat een specifieke samenhang tussen specifieke, sociale fobie, storingen met verlatingsangst, storing met oppositioneel koppigheid en depressie op volwassenleeftijd. En tussen ADHD op kinderleeftijd en een bipolaire stoornis op volwassenleeftijd. Zowel tussen sociale stoornissen op kinderleeftijd en verslavingen op volwassenleeftijd. Er werd geen samenhang gevonden tussen stoornissen met verlatingsangst, paniekstoornissen en agorafobie en tussen storingen met oppositioneel koppigheid, verslavingen, sociale stoornissen en depressie.

Enuresis op kinderleeftijd wees op een niet specifieke samenhang met psychische stoornissen op latere leeftijd. Het aantal stoornissen dat op de kinderleeftijd bestaat had geen wezenlijke invloed op de waarschijnlijkheid om een psychische stoornis op volwassenleeftijd te ontwikkelen – zo gauw zich een stoornis op kinderleeftijd ontwikkeld is de kans op een stoornis op volwassenleeftijd significant verhoogd.

Anhang I

Diagnosekriterien nach DSM-IV und ICD-10

Diagnostische Kriterien für Spezifische Phobien nach DSM-IV (300.29)	Diagnostische Kriterien für Spezifische (isolierte) Phobien nach ICD-10 (F40.2)
<p>A Ausgeprägte anhaltende Angst, die übertrieben oder unbegründet ist und durch das Vorhandensein oder die Erwartung eines spezifischen Objektes oder einer spezifischen Situation ausgelöst wird.</p> <p>B Die Konfrontation mit dem phobischen Reiz ruft fast immer unmittelbar eine Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen oder einer situationsbegünstigten Panikattacke annehmen kann. Bei Kindern kann sich die Angst in Form von Weinen, Wutanfällen, Erstarren oder Anklammern ausdrücken.</p> <p>C Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist. Bei Kindern darf dieses Merkmal fehlen.</p> <p>D Die phobischen Situationen werden gemieden bzw. nur unter starker Angst oder starkem Unbehagen ertragen.</p> <p>E Die Angst oder das Vermeidungsverhalten schränken deutlich die normale Lebensführung der Person ein oder verursachen erhebliches Leiden.</p> <p>F Bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie mindestens sechs Monate an.</p> <p>G Die Angst, Panikattacken oder das Vermeidungsverhalten sind nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärbar.</p>	<p>A Entweder (1) oder (2): (1) deutliche Furcht vor einem bestimmten Objekt oder einer bestimmten Situation (außer soziale Phobie oder Agoraphobie) (2) deutliche Vermeidung solcher Objekte oder Situationen (außer soziale Phobie oder Agoraphobie)</p> <p>B Angstsymptome in den gefürchteten Situationen mindestens einmal seit Auftreten der Störung</p> <p>C deutliche emotionale Belastung durch die Symptome und das Vermeidungsverhalten; Einsicht, dass diese übertrieben oder unvernünftig sind</p> <p>D Die Symptome sind auf die gefürchtete Situation oder Gedanken an diese beschränkt.</p>

Diagnostische Kriterien für Soziale Phobie nach DSM-IV (300.23)	Diagnostische Kriterien für Soziale Phobie nach ICD-10 (F40.1)
<p>A Eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, in denen die Person von anderen Personen beurteilt werden könnte. Der Betroffene befürchtet, ein Verhalten zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte</p> <p>B Die Konfrontation mit der gefürchteten sozialen Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor.</p> <p>C Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist. Bei Kindern darf dieses Merkmal fehlen.</p> <p>D Die gefürchteten sozialen Situationen werden vermieden oder nur unter intensiver Angst ertragen.</p> <p>E Die Angst oder das Vermeidungsverhalten schränken deutlich die normale Lebensführung der Person ein oder verursachen erhebliches Leiden.</p> <p>F Es liegt keine körperliche Verursachung vor.</p> <p>G Die Angst oder das Vermeidungsverhalten sind nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärbar.</p>	<p>A Entweder (1) oder (2): (1) deutliche Furcht, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich und erniedrigend zu verhalten, (2) deutliche Vermeidung, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder von Situationen, in denen Angst besteht, sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten</p> <p>B mindestens zwei Angstsymptome sowie mindestens eines der folgenden Symptome: Erröten, Zittern, Angst zu erbrechen, Miktions- oder Defäkationsdrang</p> <p>C deutliche emotionale Belastung durch die Angst oder das Vermeidungsverhalten</p> <p>D Die Symptome sind auf die gefürchtete Situation oder Gedanken an diese beschränkt.</p> <p>E Die Ängste treten nicht im Rahmen anderer psychischer Störungen auf.</p>

Diagnostische Kriterien für Störung mit Trennungsangst nach DSM-IV (309.21)	Diagnostische Kriterien für emotionale Störung mit Trennungsangst nach ICD-10 (F93.0)
<p>A Eine entwicklungsmäßig unangemessene und übermäßige Angst vor der Trennung von zu Hause oder von den Bezugspersonen, wobei mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein müssen:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) wiederholter übermäßiger Kummer bei einer möglichen oder tatsächlichen Trennung von zu Hause oder von wichtigen Bezugspersonen, (2) andauernde und übermäßige Besorgnis, dass sie wichtige Bezugspersonen verlieren könnten oder dass diesen etwas zustoßen könnte, (3) andauernde und übermäßige Besorgnis, dass ein Unglück sie von einer wichtigen Bezugsperson trennen könnte (z.B. verloren zu gehen oder entführt zu werden), (4) andauernder Widerwillen oder Weigerung aus Angst vor der Trennung, zur Schule oder an einen anderen Ort zu gehen, (5) ständige und übermäßige Furcht oder Abneigung, allein oder ohne wichtige Bezugspersonen zu Hause oder ohne wichtige Erwachsene in einem anderen Umfeld zu bleiben, (6) andauernder Widerwillen oder Weigerung, ohne die Nähe einer wichtigen Bezugsperson schlafen zu gehen oder auswärts zu übernachten, (7) wiederholt auftretende Alpträume von Trennungen, (8) wiederholte Klagen über körperliche Beschwerden (wie z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen), wenn die Trennung von einer wichtigen Bezugsperson bevorsteht oder stattfindet. <p>B</p> <p>C Die Dauer der Störung beträgt mindestens vier</p> <p>D Wochen. Der Störungsbeginn liegt vor dem 18. Lebensjahr. Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p> <p>E Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und kann bei Jugendlichen und Erwachsenen nicht durch eine Panikstörung mit Agoraphobie besser erklärt werden.</p>	<p>A Mindestens drei der folgenden Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) unrealistische und anhaltende Besorgnis über mögliches Unheil, das der Hauptbezugsperson zustoßen könnte oder über den möglichen Verlust solcher Personen oder anhaltende Sorge um den Tod von Bezugspersonen; (2) unrealistische und anhaltende Besorgnis, dass ein unglückliches Ereignis das Kind von einer Hauptbezugsperson trennen werde; (3) aus Angst vor Trennung von einer Hauptbezugsperson oder, um zu Hause zu bleiben, andauernde Abneigung oder Verweigerung, die Schule zu besuchen; (4) Trennungsschwierigkeiten am Abend, erkennbar an einem der folgenden Merkmale: <ul style="list-style-type: none"> - anhaltende Abneigung oder Weigerung, schlafen zu gehen, ohne dass eine Hauptbezugsperson dabei oder in der Nähe ist; - nachts häufiges Aufstehen, um die Anwesenheit der Bezugsperson zu überprüfen oder bei ihr zu schlafen; - anhaltende Abneigung oder Weigerung, auswärts zu schlafen. (5) anhaltende, unangemessene Angst davor, allein oder tagsüber ohne eine Hauptbezugsperson zu Hause zu sein; (6) wiederholte Alpträume zu Trennungsthemen; (7) wiederholtes Auftreten somatischer Symptome (Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Erbrechen) bei Gelegenheiten, die mit einer Trennung von einer Hauptbezugsperson verbunden sind, wie beim Verlassen des Hauses, um zur Schule zu gehen oder bei anderen Gelegenheiten, die mit einer Trennung verbunden sind; (8) extremes und wiederholtes Leiden in Erwartung, während oder unmittelbar nach der Trennung von einer Hauptbezugsperson. <p>B Fehlen einer generalisierten Angststörung des Kindesalters.</p> <p>C Beginn vor dem sechsten Lebensjahr.</p> <p>D Die Störung tritt nicht im Rahmen einer umfassenden Störung der Emotionen, des Sozialverhaltens oder der Persönlichkeit auf oder bei einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer psychotischen Störung oder einer substanzbedingten Störung.</p> <p>E Dauer mindestens vier Wochen.</p>

Diagnostische Kriterien für Panikstörung ohne Agoraphobie nach DSM-IV (300.01)	Diagnostische Kriterien für Panikstörung ohne Agoraphobie nach ICD-10 (F41.0)
<p>A Sowohl (1) als auch (2): (1) wiederkehrende unerwartete Panikattacken, (2) bei mindestens einer der Attacken folgte mindestens ein Monat mit mindestens einem der nachfolgend genannten Symptome: (a) anhaltende Besorgnis über das Auftreten weiterer Panikattacken, (b) Sorgen über die Bedeutung der Attacke oder ihre Konsequenzen (z.B. die Kontrolle zu verlieren, einen Herzinfarkt zu erleiden, verrückt zu werden), (c) deutliche Verhaltensänderung infolge der Attacken.</p> <p>B Es liegt keine Agoraphobie vor.</p> <p>C Die Panikattacken gehen nicht auf die körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hyperthyreose) zurück.</p> <p>D Die Panikattacken werden nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt, wie z.B. Soziale Phobie (Panikattacken nur bei Konfrontation mit gefürchteten sozialen Situationen), Spezifische Phobie (Panikattacken nur bei Konfrontation mit spezifischer phobischer Situation), Zwangsstörung (Panikattacken nur bei Konfrontation mit Schmutz bei zwanghafter Angst vor Kontamination), PTB (Panikattacken nur als Reaktion auf Reize, die mit einer schweren, belastenden Situation assoziiert sind) oder Störung mit Trennungsangst (Panikattacken als Reaktion auf die Abwesenheit von zu Hause oder engen Angehörigen.)</p>	<p>A Wiederholte Panikattacken, die nicht auf eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt bezogen sind und oft spontan auftreten (d.h., die Attacken sind nicht vorhersagbar). Die Panikattacken sind nicht verbunden mit besonderer Anstrengung, gefährlichen oder lebensbedrohlichen Situationen.</p> <p>B Die Charakteristika einer Panikattacke sind in den Kriterien für Panikattacke aufgeführt.</p> <p>C Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Panikattacken sind nicht Folge einer körperlichen Störung, einer organischen psychischen Störung oder einer anderen psychischen Störung, wie Schizophrenie und verwandten Störungen, einer affektiven Störung oder einer somatoformen Störung.</p>

Diagnostische Kriterien für Panikstörung mit Agoraphobie nach DSM-IV (300.21)	Diagnostische Kriterien für Panikstörung mit Agoraphobie nach ICD-10 (F40.01)
<p>A Sowohl (1) als auch (2): (1) wiederkehrende unerwartete Panikattacken, (2) bei mindestens einer der Attacken folgte mindestens ein Monat mit mindestens einem der nachfolgend genannten Symptome: (a) anhaltende Besorgnis über das Auftreten weiterer Panikattacken, (b) Sorgen über die Bedeutung der Attacke oder ihre Konsequenzen (z.B. die Kontrolle zu verlieren, einen Herzinfarkt zu erleiden, verrückt zu werden), (c) deutliche Verhaltensänderung infolge der Attacken.</p> <p>B Es liegt eine Agoraphobie vor.</p> <p>C Die Panikattacken gehen nicht auf die körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hyperthyreose) zurück.</p> <p>D Die Panikattacken werden nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt, wie z.B. Soziale Phobie (Panikattacken nur bei Konfrontation mit gefürchteten sozialen Situationen), Spezifische Phobie (Panikattacken nur bei Konfrontation mit spezifischer phobischer Situation), Zwangsstörung (Panikattacken nur bei Konfrontation mit Schmutz bei zwanghafter Angst vor Kontamination), PTB (Panikattacken nur als Reaktion auf Reize, die mit einer schweren, belastenden Situation assoziiert sind) oder Störung mit Trennungsangst (Panikattacken als Reaktion auf die Abwesenheit von zu Hause oder engen Angehörigen.)</p>	<p>A Es werden die diagnostischen Kriterien für eine Agoraphobie erfüllt.</p> <p>B Es liegt eine Panikstörung vor.</p>

Diagnostische Kriterien für Panikattacke nach DSM-IV	Diagnostische Kriterien für Panikattacke nach ICD-10
<p><i>Eine Panikattacke ist keine codierbare Störung. Codiert wird die spezifische Diagnose, innerhalb der die Panikattacken auftreten (z.B. 300.21 Panikstörung mit Agoraphobie).</i></p> <p>Eine klar abgrenzbare Episode intensiver Angst und Unbehagens, bei der mindestens vier der nachfolgend genannten Symptome abrupt auftreten und innerhalb von zehn Minuten einen Höhepunkt erreichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag, (2) Schwitzen, (3) Zittern oder Beben, (4) Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot, (5) Erstickungsgefühle, (6) Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust, (7) Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden, (8) Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder der Ohnmacht nahe sein, (9) Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit) oder Depersonalisation (sich losgelöst fühlen), (10) Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden, (11) Angst zu sterben, (12) Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle), (13) Hitzewallungen oder Kälteschauer. 	<p>Eine Panikattacke hat alle folgenden Charakteristika:</p> <ol style="list-style-type: none"> (a) es ist eine einzelne Episode von intensiver Angst oder Unbehagen; (b) sie beginnt abrupt; (c) sie erreicht innerhalb weniger Minuten ein Maximum und dauert mindestens einige Minuten. (d) Mindestens vier Symptome der unten angegebenen Liste, davon eins von den Symptomen (1) bis (4) müssen vorliegen: <p>Vegetative Symptome:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz, (2) Schweißausbrüche, (3) fein- oder grobschlägiger Tremor, (4) Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose). <p>Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen:</p> <ol style="list-style-type: none"> (5) Atembeschwerden, (6) Beklemmungsgefühl, (7) Thoraxschmerzen und -missempfindungen, (8) Nausea oder abdominale Missempfindungen (z.B. Unruhegefühl im Magen). <p>Psychische Symptome:</p> <ol style="list-style-type: none"> (9) Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit, (10) Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation) oder man selbst ist weit entfernt oder „nicht wirklich hier“ (Depersonalisation), (11) Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder „auszuflippen“, (12) Angst zu sterben. <p>Allgemeine Symptome:</p> <ol style="list-style-type: none"> (13) Hitzegefühle oder Kälteschauer, (14) Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle.

Diagnostische Kriterien für Agoraphobie nach DSM-IV	Diagnostische Kriterien für Agoraphobie nach ICD-10 (F40.0)
<p><i>Hinweis: Die Agoraphobische Symptomatik ist keine kodierbare Diagnose. Kodiert wird die spezifische Diagnose, innerhalb derer die Agoraphobische Symptomatik auftritt (z.B. 300.21 Panikstörung mit Agoraphobie oder 300.22 Agoraphobie ohne Anamnese einer Panikstörung).</i></p> <p>A Angst, an Orten zu sein, von denen Flucht schwierig (oder peinlich) sein könnte oder wo im Falle eines unerwarteten oder situativ vorbereiteten Panikanfalls oder panikähnlicher Symptome Hilfe nicht erreichbar sein könnte. Agoraphobische Ängste weisen typischerweise charakteristische Muster von Situationen auf, die die folgenden einschließen: alleine außer Haus sein, in einer Menschenmenge sein oder in einer Schlange stehen, auf einer Brücke sein, Fahren mit Bus, Zug oder Auto.</p> <p><i>Hinweis: Alternativ kann die Diagnose Spezifische Phobie herangezogen werden, falls das Vermeidungsverhalten nur auf eine oder wenige spezifische Situationen begrenzt ist oder die Diagnose Sozialphobie, falls das Vermeidungsverhalten auf soziale Situationen beschränkt ist.</i></p> <p>B Die Situationen werden vermieden (z.B. eingeschränktes Reisen) oder nur unter intensivem Unwohlsein oder unter Angst vor dem Auftreten eines Panikanfalls oder panikähnlicher Symptome ertragen, oder sie können nur in Begleitung aufgesucht werden.</p> <p>C Die Angst oder das phobische Vermeidungsverhalten können nicht besser durch eine andere Psychische Störung, wie Soziale Phobie (z.B. Vermeidung ist wegen der Angst vor Peinlichkeit auf soziale Situationen beschränkt), Spezifische Phobie (z.B. Vermeidung bezieht sich nur auf eine Situation wie Fahrstühle), Zwangsstörung (z.B. Vermeidung von Schmutz aus Angst vor Kontamination), PTB (z.B. Vermeidung von Reizen, die mit einer schweren belastenden Situation assoziiert sind) oder Trennungsangst (z.B. Vermeidung, das Zuhause oder Angehörige zu verlassen) erklärt werden.</p>	<p>A Deutliche und anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von mindestens zwei der folgenden Situationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menschenmengen, - öffentliche Plätze, - allein Reisen, - Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause. <p>B Wenigstens einmal nach Auftreten der Störung müssen in den gefürchteten Situationen mindestens zwei Angstsymptome aus der unten angegebenen Liste (eins der Symptome muss eines der Items (1) bis (4) sein) wenigstens zu einem Zeitpunkt gemeinsam vorhanden gewesen sein:</p> <p>Vegetative Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz, (2) Schweißausbrüche, (3) fein- oder grobschlägiger Tremor, (4) Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose). <p>Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> (5) Atembeschwerden, (6) Beklemmungsgefühl, (7) Thoraxschmerzen oder -missempfindungen, (8) Nausea oder abdominale Missempfindungen (z.B. Unruhegefühl im Magen). <p>Psychische Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> (9) Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit, (10) Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation) oder man selbst ist weit entfernt oder „nicht wirklich hier“ (Depersonalisation), (11) Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder „auszuflippen“, (12) Angst zu sterben. <p>C Allgemeine Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> (13) Hitzewallungen oder Kälteschauer, (14) Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle. <p>Deutliche emotionale Belastung durch das Vermeidungsverhalten oder die Angstsymptome; die Betroffenen haben die Einsicht, dass diese übertrieben oder unvernünftig sind.</p> <p>D Die Symptome beschränken sich ausschließlich oder vornehmlich auf die gefürchteten Situationen oder Gedanken an sie.</p> <p>Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Symptome des Kriteriums A. sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen organische psychische Störungen, Schizophrenie und verwandte Störungen, affektive Störungen oder eine Zwangsstörung oder sind nicht Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung.</p>

Diagnostische Kriterien für Zwangsstörung nach DSM-IV (300.3)	Diagnostische Kriterien für Zwangsstörung nach ICD-10 (F42.x)
<p>Entweder Zwangsgedanken oder -handlungen</p> <p>A1 Zwangsgedanken, wie durch (1), (2), (3) und (4) definiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) wiederkehrende und anhaltende Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die zeitweise während der Störung als aufdringlich und unangemessen empfunden werden und die ausgeprägte Angst und großes Unbehagen hervorrufen, (2) die Gedanken, Impulse oder Vorstellungen sind nicht nur übertriebene Sorgen über reale Lebensprobleme (3) die Person versucht, diese Gedanken, Impulse oder Vorstellungen zu ignorieren oder zu unterdrücken oder sie mit Hilfe anderer Gedanken oder Tätigkeit zu neutralisieren (4) die Person erkennt, dass die Zwangsgedanken, -impulse oder -vorstellungen ein Produkt des eigenen Geistes sind (nicht von außen auferlegt wie bei Gedankeneingebung). <p>A2 Zwangshandlungen, wie durch (1) und (2) definiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) wiederholte Verhaltensweisen oder gedankliche Handlungen, zu denen sich die Person als Reaktion auf einen Zwangsgedanken oder aufgrund von streng zu befolgenden Regeln gezwungen fühlt (2) die Verhaltensweisen oder die gedanklichen Handlungen dienen dazu, Unwohlsein zu verhindern oder zu reduzieren oder gefürchteten Ereignissen oder Situationen vorzubeugen. Diese Verhaltensweisen oder gedanklichen Handlungen stehen jedoch in keinem realistischen Bezug zu dem, was sie zu neutralisieren oder zu verhindern versuchen, oder sie sind deutlich übertrieben. <p>B Zu irgendeinem Zeitpunkt im Verlauf der Störung hat die Person erkannt, dass die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen übertrieben oder unbegründet sind. Beachte: Muss bei Kindern nicht der Fall sein.</p> <p>C Die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen verursachen erhebliche Belastung, sind zeitaufwendig (benötigen mehr als 1 Stunde pro Tag) oder beeinträchtigen deutlich die normale Tagesroutine der Person, ihre beruflichen (oder schulischen) Funktionen oder die üblichen Aktivitäten und Beziehungen.</p> <p>D Falls eine andere Achse-I-Störung vorliegt, so ist der Inhalt der Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen nicht auf diese beschränkt.</p> <p>E Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.</p>	<p>A Für eine eindeutige Diagnose sollen wenigstens zwei Wochen lang an den meisten Tagen Zwangsgedanken oder -handlungen oder beides nachweisbar sein; sie müssen quälend sein oder die normalen Aktivitäten stören. Die Zwangssymptome müssen folgende Merkmale aufweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Sie müssen als eigene Gedanken oder Impulse für den Patienten erkennbar sein. (2) Wenigstens einem Gedanken oder einer Handlung muss noch, wenn auch erfolglos, Widerstand geleistet werden, selbst wenn sich der Patient gegen andere nicht länger wehrt. (3) Der Gedanke oder die Handlungsausführung dürfen nicht an sich angenehm sein (einfache Erleichterung von Spannung und Angst wird nicht als angenehm in diesem Sinn betrachtet). (4) Die Gedanken, Vorstellungen oder Impulse müssen sich in unangenehmer Weise wiederholen. <p>(Beachte: ICD-10 unterscheidet an der 4.Stelle Zwangsstörungen danach, ob eher Zwangsgedanken, -handlungen oder eine Mischung vorliegt. Für jede dieser Unterformen ist ein gesonderter Diagnoseschlüssel angegeben.)</p>

Diagnostische Kriterien für Generalisierte Angststörung nach DSM-IV (300.02)	Diagnostische Kriterien für Generalisierte Angststörung nach ICD-10 (F41.1)
<p>A Ausgeprägte Angst und Sorgen (ängstliche Erwartung) bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten (z.B. Arbeit oder Schulleistungen), die über mindestens sechs Monate an der Mehrzahl der Tage auftreten.</p> <p>B Die Person hat Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren.</p> <p>C Die Angst und Sorge sind mit mindestens drei der folgenden sechs Symptome verbunden (wobei zumindest einige der Symptome in den vergangenen sechs Monaten an der Mehrzahl der Tage vorlagen). Beachte: Bei Kindern genügt ein Symptom.</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Ruhelosigkeit oder ständiges auf dem Sprung sein (2) leichte Ermüdbarkeit (3) Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf (4) Reizbarkeit (5) Muskelspannung (6) Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger, nicht erholsamer Schlaf) <p>D Die Angst und Sorgen sind nicht auf die Inhalte anderer Achse-I-Störungen beschränkt, z.B. die Angst oder Sorge bezieht sich nicht darauf, einen Panikanfall zu haben (wie bei der Panikstörung), sich in der Öffentlichkeit zu blamieren (wie bei der Sozialphobie), verunreinigt zu werden (wie bei der Zwangsstörung), von zu Hause oder engen Angehörigen weit entfernt zu sein (wie bei der Trennungsangst), zuzunehmen (wie bei der Anorexia nervosa), viele körperliche Beschwerden zu haben (wie bei der Somatisierungsstörung) oder eine schwere Erkrankung zu haben (wie bei der Hypochondrie). Die Angst und Sorgen treten nicht nur während einer PTB auf.</p> <p>E Angst, Sorgen oder die körperlichen Symptome verursachen klinisch bedeutsames Unwohlsein oder eine Beeinträchtigung in sozialen, schulischen (beruflichen) oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p> <p>F Die Störung wird nicht direkt durch physiologische Effekte einer Substanz (z.B. Drogenmissbrauch, Medikation) oder durch eine organische Erkrankung (z.B. Hyperthyreose) hervorgerufen, und sie darf nicht nur während einer Phase Affektiver, Psychotischer oder Tiefgreifender Entwicklungsstörung auftreten.</p>	<p>A Die betreffende Person muss primäre Symptome von Angst an den meisten Tagen, mindestens mehrere Wochen lang, aufweisen. In der Regel sind folgende Einzelsymptome festzustellen:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Befürchtungen (Sorge über zukünftiges Unglück, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten usw.) (2) motorische Spannung (körperliche Unruhe, Spannungskopfschmerz, Zittern, Unfähigkeit, sich zu entspannen) (3) vegetative Übererregbarkeit (Benommenheit, Schwitzen, Tachykardie oder Tachypnoe, Oberbauchbeschwerden, Schwindelgefühle, Mundtrockenheit etc.) <p>B Ein vorübergehendes Auftreten anderer Symptome während jeweils weniger Tage, besonders von Depression, schließt eine generalisierte Angststörung als Hauptdiagnose nicht aus. Der Betreffende darf aber nicht die vollständigen Kriterien für eine depressive Episode (F32), phobische Störung (F40), Panikstörung (F41.0) oder Zwangsstörung (F42) erfüllen.</p>

Diagnostische Kriterien für Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-IV (309.81)	Diagnostische Kriterien für Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10 (F43.1)
<p>A Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten. (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern. <p>Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:</p> <p>B</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. Beachte: Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden. (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis. Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten. (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten). Beachte: Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten. (4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern. (5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern. 	<p>Diese Störung soll nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von außergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine „wahrscheinliche“ Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als sechs Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch, und es kann keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden. Zusätzlich zu dem Trauma muss eine wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen auftreten. Ein deutlicher emotionaler Rückzug, Gefühlsabstumpfung, Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten, ist häufig zu beobachten, aber für die Diagnose nicht wesentlich. Die vegetativen Störungen, die Beeinträchtigung der Stimmung und das abnorme Verhalten tragen sämtlich zur Diagnose bei, sind aber nicht von erstrangiger Bedeutung.</p> <p>Späte, chronifizierte Folgen von extremer Belastung, d.h. solche, die noch Jahrzehnte nach der belastenden Erfahrung bestehen, sind unter F62.0 (andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung) zu klassifizieren.</p>

C	<p>Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen (2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen (3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern (4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen (6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft <p>D Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche (3) Konzentrationsschwierigkeiten (4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz) (5) übertriebene Schreckreaktion <p>E Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.</p> <p>F Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p> <p>Bestimme, ob: Akut: Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern. Chronisch: Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.</p> <p>Bestimme, ob: Mit Verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.</p>	
---	--	--

Diagnostische Kriterien für Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV (314.xx)	Diagnostische Kriterien für hyperkinetische Störungen nach ICD-10 (F90)
<p>A Entweder (1) oder (2) müssen zutreffen: (1) sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen: Unaufmerksamkeit (a) beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten, (b) hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten, (c) scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn / sie ansprechen, (d) führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständnisschwierigkeiten), (e) hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren, (f) vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die längerandauernde Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben), (g) verliert häufig Gegenstände, die er / sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug), (h) lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken, (i) ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich; (2) sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen: Hyperaktivität (a) zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum, (b) steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf, (c) läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben),</p>	<p>Beachte: Die Forschungsdiagnose einer hyperkinetischen Störung fordert das eindeutige Vorliegen eines abnormen Ausmaßes von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Unruhe, situationsübergreifend und einige Zeit andauernd, nicht durch andere Störungen wie Autismus oder eine affektive Störung verursacht.</p> <p>A Unaufmerksamkeit: Mindestens sechs Monate lang mindestens sechs der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder: (1) sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten; (2) sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten; (3) hören anscheinend häufig nicht, was ihnen gesagt wird; (4) können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellem Verhalten oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden); (5) sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren; (6) vermeiden ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die häufig geistiges Durchhaltevermögen erfordern; (7) verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, z.B. für Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge; (8) werden häufig von externen Stimuli abgelenkt; (9) sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich.</p> <p>B Überaktivität: Mindestens sechs Monate lang mindestens drei der folgenden Symptome von Überaktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder: (1) fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen; (2) verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird; (3) laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl);</p>

<p>(d) hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen,</p> <p>(e) ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er / sie „getrieben“,</p> <p>(f) redet häufig übermäßig viel;</p> <p>Impulsivität</p> <p>(g) platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist,</p> <p>(h) kann nur schwer warten, bis er an der Reihe ist,</p> <p>(i) unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein).</p> <p>B Beginn einiger Symptome vor dem siebenten Lebensjahr.</p> <p>C Beeinträchtigung durch die Symptome in mindestens zwei Situationen (z.B. zu Hause, in der Schule oder am Arbeitsplatz).</p> <p>D Es muss klare Belege für eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit geben.</p> <p>E Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer Schizophrenie oder einer anderen Psychotischen Störung auf und sind nicht besser durch eine andere Psychische Störung (Affektive Störung, Angststörung, Dissoziative Störung oder Persönlichkeitsstörung) beschrieben.</p>	<p>(4) sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen;</p> <p>(5) zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind.</p> <p>C Impulsivität: Mindestens sechs Monate lang mindestens eins der folgenden Symptome von Impulsivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:</p> <p>(1) platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist;</p> <p>(2) können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen;</p> <p>(3) unterbrechen und stören andere häufig (z.B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein);</p> <p>(4) reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.</p> <p>D Beginn der Störung vor dem siebenten Lebensjahr.</p> <p>E Symptomausprägung: Die Kriterien sollten in mehr als einer Situation erfüllt sein, z.B. sollte die Kombination von Unaufmerksamkeit und Überaktivität sowohl zu Hause als auch in der Schule bestehen oder in der Schule und an einem anderen Ort, wo die Kinder beobachtet werden können, z.B. in der Klinik. (Der Nachweis situationsübergreifender Symptome erfordert normalerweise Informationen aus mehr als einer Quelle. Elternberichte über das Verhalten im Klassenraum sind z.B. meist unzureichend.)</p> <p>F Die Symptome von A bis C verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.</p> <p>G Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine Tiefgreifende Entwicklungsstörung, eine manische Episode, eine depressive Episode oder eine Angststörung.</p>
---	---

Diagnostische Kriterien für Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten nach DSM-IV (313.81)	Diagnostische Kriterien für Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten nach ICD-10 (F91.3)
<p>A Ein Muster von negativistischem, feindseligem oder trotzigem Verhalten, das mindestens sechs Monate anhält, wobei mindestens vier der folgenden Symptome auftreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) wird schnell ärgerlich, (2) streitet sich häufig mit Erwachsenen, (3) widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen, (4) verärgert andere häufig absichtlich, (5) schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere, (6) ist häufig empfindlich oder lässt sich von anderen leicht verärgern, (7) ist häufig wütend und beleidigt, (8) ist häufig boshaft und nachtragend. <p>Ein Kriterium gilt nur dann als erfüllt, wenn das Verhalten häufiger auftritt als typischerweise bei Personen vergleichbaren Alters und Entwicklungsniveaus beobachtet wird.</p> <p>B Die Verhaltensstörung verursacht eine klinisch signifikante Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.</p> <p>C Das oppositionelle Verhalten tritt nicht nur während Psychotischer oder Affektiver Störungen auf.</p> <p>D Die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens sowie einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung bei Personen über 18 Jahren sind nicht erfüllt.</p>	<p>A Die allgemeinen Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens müssen erfüllt sein. (Siehe Kriterien Störung des Sozialverhaltens)</p> <p>B Vier oder mehr der unter Störung des Sozialverhaltens A angegebenen Symptome müssen vorliegen, aber nicht mehr als zwei Symptome von (9)-(23).</p> <p>C Die Symptome des Kriterium B müssen für das</p> <p>D Entwicklungsalter unangemessen sein. Mindestens vier Symptome müssen mindestens sechs Monate vorgelegen haben.</p>

Diagnostische Kriterien für Störung des Sozialverhaltens nach DSM-IV (312.8)	Diagnostische Kriterien für Störungen des Sozialverhaltens nach ICD-10 (F91)
<p>A Vorliegen eines wiederholten, persistierenden Verhaltensmusters, bei dem die Grundrechte anderer oder bedeutende altersentsprechende soziale Normen oder Regeln verletzt werden. Dies manifestiert sich durch das Auftreten von mindestens drei der folgenden Kriterien während der letzten zwölf Monate, wobei mindestens ein Kriterium in den letzten sechs Monaten aufgetreten sein muss:</p> <p>Aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) bedroht oder schüchtert andere häufig ein, (2) beginnt häufig Schlägereien, (3) hat schon Waffen benutzt, die anderen schweren körperlichen Schaden zufügen können (z.B. Schlagstöcke, Ziegelsteine, zerbrochene Flaschen, Messer, Gewehre), (4) war körperlich grausam zu Menschen, (5) quälte Tiere, (6) hat in Konfrontation mit dem Opfer gestohlen (z.B. Überfall, Taschendiebstahl, Erpressung, bewaffneter Raubüberfall), (7) zwang andere zu sexuellen Handlungen; <p>Zerstörung von Eigentum</p> <ol style="list-style-type: none"> (8) beging vorsätzlich Brandstiftung mit der Absicht, schweren Schaden zu verursachen, (9) zerstörte vorsätzlich fremdes Eigentum (jedoch nicht durch Brandstiftung); <p>Betrug oder Diebstahl</p> <ol style="list-style-type: none"> (10) brach in fremde Wohnungen, Gebäude oder Autos ein, (11) lügt häufig, um sich Güter oder Vorteile zu verschaffen oder um Verpflichtungen zu entgehen (d.h. „legt andere herein“), (12) stahl Gegenstände von erheblichem Wert ohne Konfrontation mit dem Opfer (z.B. Ladendiebstahl, jedoch ohne Einbruch, sowie Fälschungen); <p>Schwere Regelverstöße</p> <ol style="list-style-type: none"> (13) bleibt schon vor dem 13. Lebensjahr trotz elterlicher Verbote häufig über Nacht weg, (14) lief mindestens zweimal über Nacht von zu Hause weg, während er noch bei den Eltern oder bei einer anderen Bezugsperson wohnte (oder nur einmal mit Rückkehr erst nach längerer Zeit), (15) schwänzt schon vor dem 13. Lebensjahr häufig die Schule. <p>B Die Verhaltensstörung verursacht eine klinisch signifikante Beeinträchtigung des sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsniveaus.</p>	<p>A Vorliegen eines wiederholten, persistierenden Verhaltensmusters, bei dem entweder die Grundrechte anderer oder die wichtigsten altersentsprechenden sozialen Normen oder Gesetze verletzt werden, mindestens sechs Monate anhaltend, mit einigen der unten angegebenen Symptome (weitere Vorgaben und geforderte Zahl der Symptome siehe unter den Subkategorien).</p> <p>Beachte: Die Symptome (11), (13), (15), (16), (20), (21), (23) brauchen nur einmal aufgetreten zu sein, um das Kriterium zu erfüllen.</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) für das Entwicklungsalter des Kindes ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche; (2) häufiges Streiten mit Erwachsenen; (3) häufige aktive Ablehnung und Zurückweisung von Wünschen und Vorschriften Erwachsener; (4) häufiges, offensichtlich wohlüberlegtes, Ärgern anderer; (5) häufig verantwortlich machen anderer, für die eigenen Fehler oder für eigenes Fehlverhalten; (6) häufige Empfindlichkeit oder Sichbelästigt fühlen durch andere; (7) häufiger Ärger oder Groll; (8) häufige Gehässigkeit oder Rachsucht; (9) häufiges Lügen oder Brechen von Versprechen, um materielle Vorteile und Begünstigungen zu erhalten oder um Verpflichtungen zu vermeiden; (10) häufiges Beginnen von körperlichen Auseinandersetzungen (außer Geschwisterausinandersetzungen); (11) Gebrauch von gefährlichen Waffen (z.B. Schlagholz, Ziegelstein, zerbrochene Flasche, Messer, Gewehr); (12) häufiges Draußenbleiben in der Dunkelheit, entgegen dem Verbot der Eltern (beginnend vor dem 13. Lebensjahr); (13) körperliche Grausamkeit gegenüber anderen Menschen (z.B. Fesseln, ein Opfer mit einem Messer oder mit Feuer verletzen); (14) Tierquälerei; (15) absichtliche Destruktivität gegenüber dem Eigentum anderer (außer Brandstiftung); (16) absichtliches Feuerlegen mit dem Risiko oder der Absicht, ernsthaften Schaden anzurichten; (17) Stehlen von Wertgegenständen ohne Konfrontation mit dem Opfer, entweder Zu Hause oder außerhalb (z.B. Ladendiebstahl, Einbruch, Unterschriftenfälschung);

<p>C Bei Personen, die 18 Jahre oder älter sind: Die Kriterien für eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung treffen nicht zu. Hinweis: Isoliert auftretende antisoziale Verhaltensweisen rechtfertigen nicht die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens, sondern können als Antisoziales Verhalten in der Kindheit oder Adoleszenz kodiert werden. Hier ist demgegenüber ein mindestens sechs Monate andauerndes Verhalten für die Diagnose erforderlich. Hinweis: Die Störung muss vor dem 18. Lebensjahr begonnen haben und bis heute andauern.</p>	<p>(18) häufiges Schuleschwänzen, beginnend vor dem 13. Lebensjahr; (19) Weglaufen von den Eltern oder elterlichen Ersatzpersonen, mindestens zweimal oder einmal länger als eine Nacht (außer dies geschieht zur Vermeidung körperlicher oder sexueller Misshandlung); (20) jede kriminelle Handlung, bei der ein Opfer direkt angegriffen wird, (einschließlich Handtaschenraub, Erpressung, Straßenraub (21) Zwingen einer anderen Person zu sexuellen Aktivitäten; (22) häufiges Tyrannisieren anderer (z.B. absichtliches Zufügen von Schmerzen oder Verletzungen - einschließlich andauernder Einschüchterung, Quälen oder Belästigung); (23) Einbruch in Häuser, Gebäude oder Autos.</p> <p>B Die Kriterien für eine dissoziale Persönlichkeitsstörung, eine Schizophrenie, eine manische Episode, eine depressive Episode, eine Tiefgreifende Entwicklungsstörung oder eine hyperkinetische Störung werden nicht erfüllt. (Werden Kriterien für eine emotionale Störung erfüllt, ist die Diagnose "gemischte" Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen zu stellen). Der Störungsbeginn kann näher gekennzeichnet werden: Beginn in der Kindheit: Auftreten eines Symptoms der Störung des Sozialverhaltens vor dem 10. LJ. Beginn in der Adoleszenz: Keine Symptome einer Störung des Sozialverhaltens vor dem 10. LJ.</p>
---	--

Diagnostische Kriterien für Funktionelle Enuresis nach DSM-IV (307.6)	Diagnostische Kriterien für Enuresis nach ICD-10 (F98.0)
<p>A Wiederholtes unwillkürliches oder willkürliches Entleeren von Urin ins Bett oder in die Kleidung.</p> <p>B Das Einnässen tritt entweder mindestens zweimal wöchentlich über einen Zeitraum von drei Monaten auf oder verursacht eine klinisch signifikante Beeinträchtigung des sozialen, schulischen (beruflichen) Funktionsniveaus oder anderer relevanter Funktionsbereiche.</p> <p>C Das tatsächliche bzw. das Entwicklungsalter des Kindes muss mindestens fünf Jahre betragen.</p> <p>D Die Störung ist nicht durch die direkten physiologischen Auswirkungen einer Substanz (z.B. Diuretika) oder einer Krankheit wie Diabetes, Entzündung der Harnwege oder Anfallsleiden bedingt.</p> <p>Hinweis: Die Störung muss vor dem 18. Lebensjahr begonnen haben und bis heute andauern.</p>	<p>A Das betroffene Kind ist nach Lebens- und geistigem Alter mindestens fünf Jahre alt.</p> <p>B Unwillkürliche oder beabsichtigte Harnentleerung in das Bett oder die Kleidung mit einer Häufigkeit von mindestens zweimal im Monat bei Kindern unter sieben Jahren, mindestens einmal im Monat bei siebenjährigen oder älteren Kindern.</p> <p>C Die Enuresis ist nicht Folge epileptischer Anfälle, einer neurologisch bedingten Inkontinenz, einer anatomischen Abweichung des Urogenitaltraktes oder Folge irgendeiner anderen nichtpsychiatrischen, medizinischen Gegebenheit.</p> <p>D Es liegen keine psychiatrischen Störungen vor, die die Kriterien für eine andere ICD-10-Kategorie erfüllen.</p> <p>E Dauer der Störung mindestens drei Monate.</p>

Diagnostische Kriterien für eine Episode einer Major Depression nach DSM-IV	Diagnostische Kriterien für depressive Episoden nach ICD-10 (F32)
<p>A Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben Zwei-Wochen-Periode und stellen eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit dar; mindestens eines der Symptome ist entweder (1) depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude.</p> <p><i>Auszuschließen sind Symptome, die eindeutig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, stimmungsinkongruenten Wahn oder Halluzinationen bedingt sind.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages, vom Betroffenen selbst berichtet (z.B. fühlt sich traurig oder leer) oder von anderen beobachtet (z.B. scheint den Tränen nahe). Kann bei Kindern und Jugendlichen auch reizbare Verstimmung sein. (2) Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet). (3) Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5% des Körpergewichtes in einem Monat) oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen. Bei Kindern ist das Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme zu berücksichtigen. (4) Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen. (5) Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch andere beobachtet, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung). (6) Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen. (7) Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen des Krankseins). (8) Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet). (9) Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids. <p>B Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer Gemischten Episode.</p>	<p>A Eine depressive Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern.</p> <p>Während einer depressiven Episode leidet die betreffende Person gewöhnlich unter gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und einer Verminderung des Antriebs (je nach Schwere zwei der genannten oder alle drei). Die Verminderung der Energie führt zu erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung. Deutliche Müdigkeit tritt oft nach nur kleinen Anstrengungen auf.</p> <p>Andere häufige Symptome sind (bei leichter Episode mind. zwei; bei mittelgradiger Episode drei, besser vier; bei schwerer Episode mind. vier):</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, (2) vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, (3) Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (sogar bei leichten depressiven Episoden), (4) negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, (5) Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, (6) Schlafstörungen, (7) verminderter Appetit. <p>B In der Anamnese keine manischen oder hypomanischen Symptome, die schwer genug waren, die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode zu erfüllen.</p> <p>C Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.</p>

C	Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.	
D	Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hyperthyreose) zurück.	
E	Die Symptome können nicht besser durch einfache Trauer erklärt werden, d.h. nach dem Verlust einer geliebten Person dauern die Symptome länger als zwei Monate an oder sie sind durch deutliche Funktionsbeeinträchtigungen, krankhafte Wertlosigkeitsvorstellungen, Suizidgedanken, psychotische Symptome oder psycho-motorische Verlangsamung charakterisiert.	

Diagnostische Kriterien für eine Manische Episode nach DSM-IV	Diagnostische Kriterien für Bipolare I Störung, Manie ohne psychotische Symptome, ICD-10 (F30.1; F30.2)
<p>A Eine mindestens einwöchige (bei Hospitalisierung auch kürzere) abgegrenzte Periode mit abnorm und anhaltend gehobener, expansiver oder reizbarer Stimmung.</p> <p>B Während der Periode der Stimmungsveränderung bestehen mindestens drei (bei nur reizbarer Verstimmung mindestens vier) der folgenden Symptome in einem deutlichen Ausmaß:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) übersteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen, (2) vermindertes Schlafbedürfnis (z.B. fühlt sich nach nur drei Stunden Schlaf ausgeruht), (3) vermehrte Gesprächigkeit oder Rededrang, (4) Ideenflucht oder subjektives Gefühl des Gedankenrasens, (5) erhöhte Ablenkbarkeit (Aufmerksamkeit wird zu leicht auf irrelevante äußere Reize gelenkt), (6) gesteigerte Betriebsamkeit (im sozialen, beruflichen, schulischen oder sexuellen Bereich) oder psychomotorische Unruhe, (7) übermäßige Beschäftigung mit angenehmen Aktivitäten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit unangenehme Konsequenzen nach sich ziehen (z.B. ungezügelter Einkauf, sexuelle Eskapaden, törichte geschäftliche Investitionen). <p>C Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer Gemischten Episode.</p> <p>D Die Affektive Störung ist schwer genug, um eine deutliche Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit oder der üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen zu verursachen oder eine Hospitalisierung zur Abwendung von Selbst- oder Fremdgefährdung erforderlich zu machen oder es sind psychotische Symptome vorhanden.</p> <p>E Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament, sonstige Behandlungen) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hyperthyreose) zurück.</p>	<p>A Die Stimmung ist vorwiegend gehoben, expansiv oder gereizt und für die Betroffenen deutlich abnorm. Dieser Stimmungswechsel muss auffällig sein und mindestens eine Woche anhalten (es sei denn, eine Krankenhauseinweisung wird notwendig).</p> <p>B Mindestens drei der folgenden Merkmale müssen vorliegen (vier, wenn die Stimmung nur gereizt ist) und eine schwere Störung der persönlichen Lebensführung verursachen:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit, (2) gesteigerte Gesprächigkeit („Rededrang“), (3) Ideenflucht oder subjektives Gefühl von Gedankenrasen, (4) Verlust normaler sozialer Hemmungen, was zu einem den Umständen unangemessenen Verhalten führt, (5) vermindertes Schlafbedürfnis, (6) überhöhte Selbsteinschätzung oder Größenwahn, (7) Ablenkbarkeit oder andauernder Wechsel von Aktivitäten oder Plänen, (8) tollkühnes oder leichtsinniges Verhalten, dessen Risiken die Betroffenen nicht erkennen, z.B. Lokalrunden ausgeben, törichte Unternehmungen, rücksichtsloses Fahren, (9) gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit. <p>C Fehlen von Halluzinationen oder Wahn, Wahrnehmungsstörungen können aber vorkommen (z.B. subjektive Hyperakusis, Wahrnehmung von Farben als besonders leuchtend etc.).</p> <p>D Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.</p>

Diagnostische Kriterien für Gemischte Episode nach DSM-IV	Diagnostische Kriterien für bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode ICD-10 (F31.6)
<p>A Die Kriterien einer Manischen und einer Schweren Depressiven Episode (abgesehen vom Zeitkriterium) werden gleichzeitig nahezu jeden Tag über eine Phase von mindestens einer Woche erfüllt.</p> <p>B Die Stimmungsstörung verursacht eine deutliche Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit oder der sozialen Aktivitäten oder Beziehungen zu anderen oder erfordert eine Hospitalisierung, um Schaden gegenüber der eigenen Person oder anderen zu verhindern, oder wird von psychotischen Merkmalen begleitet.</p> <p>C Die Symptome gehen nicht auf die direkte Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hyperthyreose) zurück.</p> <p>Hinweis: Den Gemischten Episoden ähnliche Episoden, die eindeutig durch eine somatische Antidepressions-Therapie verursacht wurden (z.B. Medikation, Elektrokrampftherapie, Licht-Therapie), sollten nicht für die Diagnose einer Bipolar-I-Störung herangezogen werden.</p>	<p>A Die gegenwärtige Episode ist entweder durch eine Mischung oder einen schnellen Wechsel (d.h. innerhalb von wenigen Stunden) von hypomanischen, manischen und depressiven Symptomen charakterisiert.</p> <p>B Manische und depressive Symptome müssen die meiste Zeit während eines Zeitraumes von mindestens zwei Wochen deutlich vorhanden sein.</p> <p>C In der Anamnese findet sich wenigstens eine eindeutig belegte hypomanische oder manische Episode, eine depressive Episode oder gemischte affektive Episode.</p>

Diagnostische Kriterien für Hypomanische Episode nach DSM-IV	Diagnostische Kriterien für Hypomanie nach ICD-10 (F30.0)
<p>A Eine umschriebene Periode von mindestens vier Tagen mit anhaltender gehobener, ausufernder (expansiver) oder reizbarer Stimmung, die sich deutlich von der üblichen nichtdepressiven Stimmung unterscheidet.</p> <p>B Während der Phase der Stimmungsstörung bestehen dauerhaft mindestens drei der folgenden Symptome in deutlicher Ausprägung (bei nur reizbarer Verstimmung mindestens vier):</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) erhöhtes Selbstwertgefühl oder Größenideen, (2) verringertes Schlafbedürfnis (z.B. fühlt sich nach nur drei Stunden Schlaf erholt), (3) vermehrte Gesprächigkeit oder Rededrang (4) Ideenflucht oder subjektives Gefühl des Gedankenrasens, (5) vermehrte Ablenkbarkeit (Aufmerksamkeit wird zu leicht auf irrelevante Außenreize gelenkt), (6) gesteigerte Betriebsamkeit (im sozialen, beruflichen, schulischen oder sexuellen Bereich) oder psychomotorische Unruhe, (7) übermäßige Beschäftigung mit vermeintlich angenehmen Aktivitäten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit negative Konsequenzen nach sich ziehen (wie unkontrollierte Einkaufstouren, sexuelle Eskapaden oder törichte geschäftliche Investitionen). <p>C Die Episode geht mit einer eindeutigen und für den Betroffenen uncharakteristischen Veränderung im Verhalten und in der Leistung im Vergleich zu symptomfreien Zeiten einher.</p> <p>D Die Störung der Stimmung und die Veränderung der Leistungsfähigkeit können von anderen beobachtet werden.</p> <p>E Die Episode ist nicht so schwer, dass sie eine deutliche Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Leistungsfähigkeit verursacht oder eine Hospitalisierung notwendig macht, und es liegen keine psychotischen Merkmale vor.</p> <p>F Symptome gehen nicht auf die direkte Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hyperthyreose) zurück.</p> <p>Hinweis: Hypomanieähnliche Episoden, die eindeutig durch eine somatische Antidepressions-Therapie (z.B. Medikation, Elektrokrampftherapie, Licht-Therapie) verursacht wurden, sollten nicht für die Diagnose einer Bipolar-II-Störung herangezogen werden.</p>	<p>A Die Stimmung ist in einem für die Betroffenen deutlich abnormen Ausmaß an mindesten vier aufeinander folgenden Tagen gehoben oder gereizt.</p> <p>B Mindestens drei der folgenden Merkmale müssen vorhanden sein und die persönliche Lebensführung beeinträchtigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit, (2) gesteigerte Gesprächigkeit, (3) Konzentrationsschwierigkeiten oder Ablenkbarkeit, (4) vermindertes Schlafbedürfnis, (5) gesteigerte Libido, (6) übertriebene Einkäufe oder andere Arten von leichtsinnigem oder verantwortungslosen Verhalten, (7) gesteigerte Geselligkeit oder übermäßige Vertraulichkeit. <p>C Die Episode erfüllt nicht die Kriterien für Manie, bipolare affektive Störung, depressive Episode, Zykllothymie oder für Anorexia nervosa.</p> <p>D Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.</p>

Diagnostische Kriterien für Dysthyme Störung nach DSM-IV (300.4)	Diagnostische Kriterien für Dysthymia nach ICD-10 (F34.1)
<p>A Depressive Verstimmung, die die meiste Zeit des Tages an mehr als der Hälfte aller Tage, entweder vom Patienten berichtet oder von anderen beobachtet, über einen mindestens zweijährigen Zeitraum andauert. <i>Bei Kindern und Heranwachsenden kann reizbare Verstimmung vorliegen, und die Dauer muss mindestens 1 Jahr betragen.</i></p> <p>B Während der depressiven Verstimmung bestehen mindestens zwei der folgenden Symptome: (1) Appetitlosigkeit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen, (2) Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis, (3) Energiemangel oder Erschöpfung, (4) geringes Selbstwertgefühl, (5) Konzentrationsstörungen oder Entscheidungserschweren, (6) Gefühl der Hoffnungslosigkeit.</p> <p>C In der betreffenden Zweijahres-Periode (ein Jahr bei Kindern und Heranwachsenden) gab es keinen Zeitraum von mehr als zwei Monaten ohne Symptome wie unter A oder B beschrieben.</p> <p>D In den ersten zwei Jahren der Störung (ein Jahr bei Kindern und Heranwachsenden) bestand keine Episode einer Major Depression, d.h. das Störungsbild wird nicht besser durch eine Chronische oder Teilremittierte Major Depression erklärt. <i>Vor der Entwicklung der Dysthymen Störung kann eine Episode einer Major Depression aufgetreten sein, vorausgesetzt, dass eine vollständige Remission erfolgt ist (also für mindestens zwei Monate keine bedeutsamen Zeichen oder Symptome). Nach den ersten zwei Jahren einer Dysthymen Störung (ein Jahr bei Kindern und Heranwachsenden) können Episoden einer Major Depression eine Dysthyme Störung überlagern. In solchen Fällen können beide Diagnosen gestellt werden, wenn die Kriterien für eine Episode einer Major Depression erfüllt sind.</i></p> <p>E Zu keinem Zeitpunkt ist eine Manische Episode, eine Gemischte Episode oder eine Hypomanische Episode aufgetreten und die Kriterien für eine Zylothyme Störung waren niemals erfüllt.</p> <p>F Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer chronischen Psychotischen Störung wie Schizophrenie oder Wahnhafte Störung auf.</p> <p>G Symptome gehen nicht auf die direkte Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hyperthyreose) zurück.</p>	<p>A Konstante oder konstant wiederkehrende Depression über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren. Dazwischenliegende Perioden normaler Stimmung dauern selten länger als einige Wochen, hypomanische Episoden kommen nicht vor.</p> <p>B Keine oder nur sehr wenige der einzelnen depressiven Episoden während eines solchen Zweijahres-Zeitraumes sind so schwer oder dauern so lange an, dass sie die Kriterien für eine rezidivierende leichte depressive Störung erfüllen.</p> <p>C Wenigstens während einiger Perioden der Depression sollten mindestens drei der folgenden Symptome vorliegen: (1) verminderter Antrieb oder Aktivität, (2) Schlaflosigkeit, (3) Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit, (4) Konzentrationsschwierigkeiten, (5) Neigung zum Weinen, (6) Verlust des Interesses oder der Freude an Sexualität und anderen angenehmen Aktivitäten, (7) Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, (8) erkennbares Unvermögen, mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden, (9) Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit, (10) sozialer Rückzug, (11) verminderte Gesprächigkeit.</p>

<p>H Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p> <p>Bestimme, ob:</p> <p>Mit frühem Beginn: Beginn der Störung vor Vollendung des 21. Lebensjahres.</p> <p>Mit spätem Beginn: Beginn der Störung im Alter von 21 Jahren oder später.</p>	
---	--

Diagnostische Kriterien für Zyklotyme Störung nach DSM-IV (301.13)	Diagnostische Kriterien für Zyklotymia nach ICD-10 (F34.0)
<p>A Über mindestens zwei Jahre (vor dem 18. LJ: ein Jahr) gab es zahlreiche Phasen mit hypomanischen Symptomen und zahlreiche Phasen mit depressiven Symptomen, die jedoch nicht die Kriterien einer Schwere Depressiven Episode erfüllen.</p> <p>B In der oben genannten Phase von zwei Jahren (vor dem 18. Lebensjahr: ein Jahr) war die betreffende Person nicht mehr als 2 Monate frei von den unter Kriterium A genannten Symptomen.</p> <p>C In den ersten zwei Jahren (vor dem 18. Lebensjahr: Im ersten Jahr) der Störung haben weder Schwere Depressive, Manische noch Gemischte Episoden vorgelegen. Hinweis: Nach den ersten zwei Jahren (vor dem 18. Lebensjahr: Nach dem ersten Jahr) der Zyklotymen Störung können Manische oder Gemischte Episoden (in diesem Fall werden sowohl eine Bipolar-I-Störung als auch eine Zyklotyme Störung diagnostiziert) oder eine Schwere Depressive Episode die Zyklotyme Störung überlagern (in diesem Fall werden sowohl eine Bipolar-II-Störung als auch eine Zyklotyme Störung diagnostiziert).</p> <p>D Die Symptome unter Kriterium A werden nicht besser durch eine Schizoaffective Störung erklärt und werden nicht von einer Schizophrenie, Schizophreniformen Störung, Wahnhaften Störung oder Psychotischen Störung, Nicht Näher Bezeichnet, überlagert.</p> <p>E Die Symptome werden nicht durch physiologische Effekte einer Substanz (z.B. Drogenmissbrauch oder Medikation) oder durch eine körperliche Erkrankung (z.B. Hyperthyreose) hervorgerufen.</p> <p>F Die Symptome verursachen klinisch bedeutsames Unwohlsein oder eine Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p>	<p>A Stimmungsinstabilität mit mehreren Perioden von Depression und Hypomanie, mit oder ohne normale Stimmung im Intervall über mindestens zwei Jahre.</p> <p>B Während einer solchen Zwei-Jahres-Periode war keine depressive oder hypomanische Stimmungsschwankung so schwer oder so lang anhaltend, dass sie die Kriterien für eine manische, eine mittelgradige oder schwere depressive Episode erfüllte. Manische oder depressive Episoden können jedoch vor oder nach einer solchen Periode längeranhaltender Stimmungsinstabilität auftreten.</p> <p>C Wenigstens während einiger depressiver Episoden sollten mindestens drei der folgenden Symptome vorhanden sein: (1) verminderter Antrieb oder Aktivität, (2) Schlaflosigkeit, (3) Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit, (4) Konzentrationsschwierigkeiten, (5) sozialer Rückzug, (6) Verlust des Interesses oder der Freude an Sexualität und anderen angenehmen Aktivitäten, (7) verminderte Gesprächigkeit, (8) Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit.</p> <p>D Wenigstens während einiger Perioden mit gehobener Stimmung sollten drei der folgenden Symptome vorhanden sein: (1) vermehrter Antrieb oder Aktivität, (2) herabgesetztes Schlafbedürfnis, (3) überhöhtes Selbstgefühl, (4) geschärftes oder ungewöhnlich kreatives Denken, (5) mehr Geselligkeit als sonst, (6) gesprächiger oder witziger als sonst, (7) gesteigertes Interesse und Sich-Einlassen in sexuelle und andere angenehme Aktivitäten, (8) überoptimistisch oder Übertreibung früherer Erfolge.</p>

Diagnostische Kriterien für Hypochondrie nach DSM-IV (300.7)	Diagnostische Kriterien für Hypochondrische Störung nach ICD-10 (F45.2)
<p>A Übermäßige Beschäftigung mit der Angst oder der Überzeugung, eine ernsthafte Krankheit zu haben. Dies beruht auf der Fehlinterpretation der körperlichen Symptome durch die Person.</p> <p>B Die Beschäftigung mit den Krankheitsängsten besteht trotz angemessener medizinischer Abklärung (evtl. trotz eines sorgfältigen Ausschlusses organischer Ursachen) und Rückversicherung durch den Arzt fort.</p> <p>C Die Überzeugung in Kriterium A ist nicht von wahnhaftem Ausmaß (wie bei Wahnstörung, Somatischer Typ) und ist nicht auf die umschriebene Sorge über das äußere Erscheinungsbild beschränkt.</p> <p>D Die Beschäftigung mit den Krankheitsängsten verursacht klinisch bedeutsames Unwohlsein oder eine Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p> <p>E Die Dauer der Störung beträgt mindestens sechs Monate.</p> <p>F Die Beschäftigung mit den Krankheitsängsten wird nicht besser durch eine Generalisierte Angststörung, Zwangsstörung, Panikstörung, Schwere Depressive Episode, Trennungsangst oder eine andere Somatoforme Störung erklärt.</p>	<p>A Entweder (1) oder (2): (1) Eine mindestens sechs Monate anhaltende Überzeugung an höchstens zwei schweren körperlichen Krankheiten (von denen mindestens eine speziell von den Patienten benannt sein muss) zu leiden. (2) Anhaltende Beschäftigung mit einer vom Betroffenen angenommenen Entstellung oder Missbildung (dysmorphophobe Störung).</p> <p>B Die ständige Sorge um diese Überzeugung und um die Symptome verursacht andauerndes Leiden oder eine Störung des alltäglichen Lebens und veranlasst die Patienten, um medizinische Behandlungen oder Untersuchungen (oder entsprechende Hilfe von Laienheilern) nachzusuchen.</p> <p>C Hartnäckige Weigerung, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome bzw. Entstellungen vorliegt. Akzeptanz der ärztlichen Mitteilung allenfalls für kurze Zeiträume bis zu einigen Wochen oder unmittelbar nach einer medizinischen Untersuchung.</p> <p>D Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung tritt nicht ausschließlich während einer Schizophrenie, einer verwandten Störung oder einer affektiven Störung auf.</p>

Diagnostische Kriterien für Somatoforme Schmerzstörung nach DSM-IV (307.x)	Diagnostische Kriterien für anhaltende somatoforme Schmerzstörung nach ICD-10 (F45.4)
<p>A Schmerz in einer oder mehreren Körperregion(en) steht im Zentrum des klinischen Erscheinungsbildes und ist stark genug ausgeprägt, um klinische Beachtung zu rechtfertigen.</p> <p>B Der Schmerz verursacht klinisch bedeutsames Unwohlsein oder eine Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p> <p>C Psychologischen Faktoren wird eine bedeutende Rolle für Beginn, Schweregrad, Verschlechterung oder Aufrechterhaltung des Schmerzes beigemessen.</p> <p>D Das Symptom (oder der Ausfall) wird nicht bewusst produziert oder simuliert (wie bei Vorgetäuschter Störung oder Simulation).</p> <p>E Der Schmerz kann nicht besser durch eine Affektive, Angst- oder Psychotische Störung erklärt werden und erfüllt nicht die Kriterien für Dyspareunie.</p>	<p>A Mindestens sechs Monate kontinuierlicher, an den meisten Tagen anhaltender, schwerer und belastender Schmerz in einem Körperteil, der nicht adäquat durch den Nachweis eines physiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung erklärt werden kann, und der anhaltend der Hauptfokus für die Aufmerksamkeit der Patienten ist.</p> <p>B Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung tritt nicht während einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung auf oder ausschließlich während einer affektiven Störung, einer Somatisierungsstörung, einer undifferenzierten somatoformen Störung oder einer hypochondrischen Störung.</p>

Diagnostische Kriterien für Somatisierungsstörung nach DSM-IV (300.81)	Diagnostische Kriterien für Somatisierungsstörung nach ICD-10 (F45.0)
<p>A Eine Anamnese mit vielen körperlichen Beschwerden, die vor dem 30. Lebensjahr begannen, über mehrere Jahre auftraten und zum Aufsuchen einer Behandlung oder zu deutlichen Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen führten.</p> <p>B Jedes der folgenden Kriterien muss erfüllt sein, wobei die einzelnen (oben erfragten) Symptome irgendwann im Verlauf der Störung aufgetreten sein müssen:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) vier Schmerzsymptome (2) zwei gastrointestinale Symptome (3) ein sexuelles Symptom (4) ein pseudoneurologisches Symptom <p>C Entweder (1) oder (2):</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Nach adäquater Untersuchung kann jedes der Symptome von Kriterium B nicht vollständig durch eine bekannte körperliche Erkrankung oder durch die direkte Einwirkung einer Substanz (z.B. Drogenabusus oder Medikamentengebrauch) erklärt werden. (2) Falls das Symptom mit einer organischen Erkrankung in Verbindung steht, so sind die körperlichen Beschwerden oder daraus resultierende soziale oder berufliche Beeinträchtigungen ausgeprägter als aufgrund von Anamnese, körperlicher Untersuchung oder den Laborbefunden zu erwarten ist. <p>D Die Symptome sind nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht.</p>	<p>A Eine Vorgeschichte von mindestens zwei Jahren mit anhaltenden Klagen über multiple und wechselnde körperliche Symptome, die durch keine diagnostizierbare körperliche Krankheit erklärt werden können. Eine eventuell vorliegende bekannte körperliche Krankheit erklärt nicht die Schwere, das Ausmaß, die Vielfalt und die Dauer der körperlichen Beschwerden oder die damit verbundene soziale Behinderung. Wenn einige vegetative Symptome vorliegen, bilden sie nicht das Hauptmerkmal der Störung, d.h. sie sind nicht besonders anhaltend oder belastend.</p> <p>B Die ständige Sorge um die Symptome führt zu andauerndem Leiden und dazu, dass die Patienten mehrfach (drei oder mehrmals) um Konsultationen oder Zusatzuntersuchungen in der Primärversorgung oder beim Spezialisten nachsuchen. Wenn aus finanziellen oder geographischen Gründen medizinische Einrichtungen nicht erreichbar sind, kommt es zu andauernder Selbstmedikation oder mehrfachen Konsultationen bei örtlichen Laienheilern.</p> <p>C Hartnäckige Weigerung, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome vorliegt. Akzeptanz der ärztlichen Mitteilung allenfalls für kurze Zeiträume bis zu einigen Wochen oder unmittelbar nach einer medizinischen Untersuchung.</p>

	<p>D Insgesamt sechs oder mehr Symptome aus der folgenden Liste, mit Symptomen aus mindestens zwei verschiedenen Gruppen:</p> <p>Gastro-intestinale Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Bauchschmerzen, (2) Übelkeit, (3) Gefühl von Überblähung, (4) schlechter Geschmack im Mund oder extrem belegte Zunge, (5) Klagen über Erbrechen oder Regurgitation von Speisen, (6) Klagen über häufigen Durchfall oder Austreten von Flüssigkeit aus dem Anus. <p>Kardio-vaskuläre Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> (7) Atemlosigkeit ohne Anstrengung, (8) Brustschmerzen. <p>Urogenitale Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> (9) Dysurie oder Klagen über die Miktionshäufigkeit, (10) unangenehme Empfindungen im oder um den Genitalbereich, (11) Klagen über ungewöhnlichen oder verstärkten vaginalen Ausfluss. <p>Haut- und Schmerzsymptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> (12) Klagen über Fleckigkeit oder Farbveränderungen der Haut, (13) Schmerzen in den Gliedern, Extremitäten oder Gelenken, (14) unangenehme Taubheit oder Kribbelgefühl. <p>E Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung tritt nicht ausschließlich während einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung, einer affektiven Störung oder einer Panikstörung auf.</p>
--	--

Diagnostische Kriterien für Konversionsstörung nach DSM-IV (300.11)	Diagnostische Kriterien für dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) nach ICD-10 (F44.xx)
<p>A Eines oder mehrere Symptome oder Defizite, die die Willkürmotorik oder sensorische Funktionen beeinträchtigen und die eine neurologische oder andere organische Ursache nahelegen.</p> <p>B Es wird ein Zusammenhang von psychologischen Faktoren und dem Symptom bzw. Defizit angenommen, da dem Auftreten oder der Verschlimmerung des Symptoms bzw. Defizits ein Konflikt oder ein anderer Stressor vorausgegangen ist.</p> <p>C Das Symptom bzw. Defizit ist nicht willentlich hervorgerufen oder vorgetäuscht.</p> <p>D Das Symptom bzw. Defizit kann nach angemessener medizinischer Abklärung nicht vollständig durch eine körperliche Erkrankung oder durch die Einwirkung einer Substanz erklärt werden und ist kein kulturell sanktioniertes Verhalten oder keine kulturell sanktionierte Erfahrung.</p> <p>E Das Symptom bzw. Defizit verursacht klinisch bedeutsames Unwohlsein oder eine Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen oder erfordert medizinische Abklärung.</p> <p>F Das Symptom bzw. Defizit ist nicht begrenzt auf Schmerzsymptome oder eine Störung der sexuellen Funktionsfähigkeit, tritt nicht ausschließlich während einer Somatisierungsstörung auf und wird nicht besser durch eine andere Psychische Störung erklärt.</p>	<p>A Kein Nachweis einer körperlichen Krankheit, welche die für diese Störung charakteristischen Symptome erklären könnte (es können jedoch körperliche Störungen vorliegen, die andere Symptome verursachen).</p> <p>B Überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen.</p>

Diagnostische Kriterien für Substanzmissbrauch nach DSM-IV (305.xx)	Diagnostische Kriterien für schädlicher Gebrauch nach ICD-10 (F1x.1)
<p>A Ein unangepasstes Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen oder Leidensdruck führt, welches sich während einer Zeitspanne von zwölf Monaten in einem (oder mehr) der folgenden Kriterien äußert:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Wiederholter Substanzgebrauch, der dazu führt, dass wichtige Rollenverpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause nicht erfüllt werden (z.B. wiederholte Fehlzeiten oder reduzierte Arbeitsleistung aufgrund des Substanzgebrauchs, Schulausschluss oder -verweis, Vernachlässigung von Kindern oder Haushalt). (2) Wiederholter Gebrauch in Situationen, in denen der Gebrauch eine körperliche Gefährdung darstellt (z.B. Alkohol am Steuer oder Arbeiten an einer Maschine trotz Beeinträchtigung durch Substanzgebrauch). (3) Wiederholte Konflikte mit dem Gesetz aufgrund des Substanzgebrauchs (z.B. Arrest aufgrund ungebührlichen Verhaltens durch Substanzgebrauch). (4) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz andauernder oder wiederkehrender sozialer oder interpersoneller Probleme, die durch die Wirkung der Substanz verursacht oder verstärkt werden (z.B. Streit mit dem Ehepartner über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen). <p>B Die Kriterien für Abhängigkeit von der jeweiligen Substanz wurden zu keinem Zeitpunkt erfüllt.</p>	<p>Ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung, etwa eine Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen sein oder eine psychische Störung, z. B. eine depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum.</p> <ul style="list-style-type: none"> A Deutlicher Nachweis, dass der Substanzgebrauch verantwortlich ist für die körperlichen oder psychischen Probleme, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das evtl. zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen geführt hat. B Die Art der Schädigung sollte klar bezeichnet werden können. C Das Gebrauchsmuster besteht mindestens seit einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf. D Auf die Störung treffen die Kriterien einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung bedingt durch dieselbe Substanz, zum gleichen Zeitpunkt nicht zu.

Diagnostische Kriterien für Substanzabhängigkeit nach DSM-IV (304.xx oder Alkohol 303.90)	Diagnostische Kriterien für Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 (F1x.2)
<p>A Ein unangepasstes Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen oder Leidensdruck führt, welches sich während einer Zeitspanne von zwölf Monaten in drei (oder mehr) der folgenden Kriterien äußert:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Toleranzentwicklung, die durch eines der folgenden beiden Kriterien definiert ist: <ol style="list-style-type: none"> (a) Verlangen nach starker Dosissteigerung der Substanz, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen. (b) Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme der selben Dosis. (2) Entzugssymptome, die durch eines der beiden folgenden Kriterien definiert sind: <ol style="list-style-type: none"> (a) Charakteristisches Entzugssyndrom. (b) Die gleiche oder eine nahe verwandte Substanz wird eingenommen, um die Entzugssymptome abzumildern oder zu vermeiden. (3) Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen. (4) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren. (5) Ein großer Teil der Zeit wird für Aktivitäten benötigt, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen. (6) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzgebrauchs aufgegeben oder eingeschränkt. (7) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden sozialen, psychischen oder körperlichen Problems, das durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde (z.B. fortgesetzter Alkoholkonsum trotz eines Magenulkus, das sich durch Alkoholkonsum verschlechtert). <p>Spezifizieren Sie: Mit Physiologischer Abhängigkeit (die Kriterien (1) und/oder (2) sind erfüllt) bzw. Ohne Physiologische Abhängigkeit (die Kriterien (1) und (2) sind nicht erfüllt).</p>	<p>Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren. Es gibt Hinweise darauf, dass die weiteren Merkmale des Abhängigkeitssyndroms bei einem Rückfall nach einer Abstinenzphase schneller auftreten als bei Nichtabhängigen.</p> <p>A Drei oder mehr der folgenden Kriterien sollten zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben, falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben.</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren. (2) Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich daran, dass mehr von der Substanz konsumiert wird oder über einen längeren Zeitraum als geplant und an erfolglosen Versuchen oder dem anhaltenden Wunsch, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren. (3) Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden. (4) Toleranzentwicklung gegenüber den Substanzeffekten. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf. (5) Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen. (6) Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen, deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst war oder hätte bewusst sein können.

Diagnostische Kriterien für Anorexia Nervosa nach DSM-IV (307.10)	Diagnostische Kriterien für Anorexia nervosa nach ICD-10 (F50.0)
<p>A Weigerung, das Körpergewicht bei oder über dem minimalen Gewicht gemäß Alter und Körpergröße zu halten, z.B. Gewichtsverlust, der das Körpergewicht 15% unter dem zu erwartenden Gewicht hält; oder während der Wachstumsperiode weniger Gewichtszunahme als zu erwarten, wodurch das Körpergewicht 15% unter dem nach dem Body Mass Index (BMI) zu erwartenden Gewicht liegt.</p> <p>Hinweis: Der BMI errechnet sich als Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch die quadrierte Körpergröße in Metern ($BMI = kg/m^2$). Als Faustregel für die Interpretation von BMI-Werten schlagen wir vor (z.T. in Anlehnung an Pudel & Westenhöfer 1990):</p> <p>Frauen BMI</p> <p>Normalgewicht: 19-24</p> <p>Untergewicht:</p> <p>möglicherweise anorektisch: 16-18</p> <p>Definitiv anorektisches Gewicht: Unter 16</p> <p>B Starke Furcht davor, zuzunehmen oder dick zu werden, selbst bei Untergewicht.</p> <p>C Störung in der Wahrnehmung des eigenen Körpergewichts oder der Figur, übermäßiger Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf den Selbstwert oder Leugnung der Bedrohlichkeit des aktuellen Untergewichts.</p> <p>D Aussetzen von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationsblutungen, deren Auftreten zu erwarten gewesen wäre (primäre oder sekundäre Amenorrhoe; Amenorrhoe liegt dann vor, wenn Blutungen nur nach Hormonbehandlung auftreten, z.B. Östrogeneinnahme).</p> <p>Hinweis: Falls die Regelblutung aufgrund der Einnahme von Kontrazeptiva weiterhin besteht und die Patientin alle anderen Kriterien erfüllt, sollte die Diagnose einer Anorexia Nervosa gegeben werden.</p>	<p>A Gewichtsverlust oder bei Kindern fehlende Gewichtszunahme. Dies führt zu einem Körpergewicht von mindestens 15% unter dem normalen oder dem für das Alter und die Körpergröße erwarteten Gewicht.</p> <p>B Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von „fettmachenden“ Speisen.</p> <p>C Selbstwahrnehmung als „zu fett“ verbunden mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden. Die Betroffenen legen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest.</p> <p>D Umfassende endokrine Störung der Achse Hypothalamus-Hypophyse-Gonaden; sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Interessenverlust an Sexualität und Potenzverlust. Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen dar, die eine Hormonsubstitution erhalten (meist als kontrazeptive Medikation).</p> <p>E Die Kriterien A. und B. für eine Bulimia nervosa werden nicht erfüllt.</p>

Diagnostische Kriterien für Bulimia Nervosa nach DSM-IV (307.51)	Diagnostische Kriterien für Bulimia nervosa nach ICD-10 (F50.2)
<p>A Wiederkehrende Essanfälle. Ein Essanfall ist wie folgt charakterisiert:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) In einer bestimmten Zeitspanne (z.B. innerhalb von zwei Stunden) wird erheblich mehr gegessen, als die meisten Menschen in einer vergleichbaren Zeitspanne und unter den gleichen Bedingungen zu sich nehmen würden. (2) Während der Essanfälle das Gefühl des Kontrollverlusts (z.B. das Gefühl, nicht mehr mit dem Essen aufhören zu können oder die Nahrungsmenge nicht mehr kontrollieren zu können). <p>B Wiederkehrende unangemessene Gegenmaßnahmen, um Gewichtszunahme zu vermeiden, wie selbstinduziertes Erbrechen, Gebrauch von Abführmitteln oder anderen Medikamenten oder exzessive sportliche Betätigung.</p> <p>C Sowohl Essanfälle als auch unangemessene Gegenmaßnahmen treten im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche über drei Monate auf.</p> <p>D Der Selbstwert ist in unangemessener Weise von Figur und Körpergewicht beeinflusst.</p> <p>E Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia Nervosa auf.</p>	<p>A Häufige Episoden von Fressattacken (in einem Zeitraum von drei Monaten mindestens zweimal pro Woche) bei denen große Mengen an Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.</p> <p>B Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, eine unwiderstehliche Gier oder Zwang zu essen.</p> <p>C Die Patienten versuchen, der Gewichtszunahme durch die Nahrung mit einer oder mehreren der folgenden Verhaltensweisen entgegenzusteuern:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) selbstinduziertes Erbrechen, (2) Missbrauch von Abführmitteln, (3) zeitweilige Hungerperioden, (4) Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikern auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen. <p>D Selbstwahrnehmung als „zu fett“, mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden (was meist zu Untergewicht führt).</p>

Anhang II: Nicht ausgewählte epidemiologische Studien

Nr.	Autor/ Studie	Land	Klassifikations- system	Instrument	Messzeitpunkte/ Jahr(e)	Alter in Jahren	Informant	n_ges	n_w	n_m
1	Verhulst, von der Ende, Hofstra, Ferdinand et al. Zuid-Holland-Study	Niederlande	Dimensionale Ein- schätzung	CBCL	1983 1985 1987 1989	4-16 6-18 8-20 10-22	Proband & Eltern	2076 (Grund- gesamt- heit 2600, je 100 je Alter und Ge- schlecht)	?	?
			DSM-III-R	SCAN	1991	12-24	Proband Eltern	1615 1424	865 754	750 670
			DSM-IV	CIDI + drei Teile aus DIS	1997	18-30	Proband	1578	847	731
2	Boyle, Offord, Racine, Szatmari, Fleming, Sanford et al. Ontario Child Health Survey (OCHS)	Kanada	Diagnostik von vier Störungen aus DSM- III (CD, Hyperaktivi- tät, Neurose, Somatisierung) mittels SDI	aus CBCL Survey Di- agnostic Instru- ment abgeleitet (SDI)	1983	4-11 12-16	Eltern & Leh- rer Proband & Eltern	1428 1231	718 624	710 607
3	Essau, Karpinski, Petermann, Con- radt Bremer Jugendstudie (BJS)	Deutschland	DSM-IV	M-CIDI Bremer Jugend- interview	Mai 1996 – Juli 1997	12-17 MW=14,3 (SD=1,7)	Proband	1035	614	421
4	Muris, Merckelbach, Schmidt, Gardet Limburg	Niederlande	DSM-IV	Behavioral inhibition scale (BIS) SCAS (anxiety) Child Depression Inventory (CDI)	?	12-18 MW=14,2 (SD=1,4)	Proband	968	472	496

Die graue Unterlegung markiert jeweils den Grund dafür, dass eine Studie nicht ausgewählt wurde.

In **Fettdruck** sind die beiden unter deutschsprachigen Studien doch ausführlicher betrachteten Studien dargestellt.

Nr.	Autor/Studie	Land	Klassifikations- system	Instrument	Messzeitpunkte/ Jahr(e)	Alter in Jahren	Informant	n_ges	n_w	n_m
5	Coté, Zoccolillo, Tremblay, Nagin, Vitaro et al. Quebec Kindergarten Sample	Kanada	DSM-III/ DSM-III-R, nur CD und ODD	Social Behavior Questionnaire DISC 2	1986-87 jedes Jahr wieder 1996	MW=6 MW=16	Eltern & Lehrer Proband	4488	1390 929 (820)	
6	Hayward, Killen, Kraemer, Taylor et al. San José	USA	DSM-III-R	SADS (social phobia) Non-patient version SCID (depression)	1994-96	MW=15,4±0,9	Proband	2365	?	?
7	Wittchen, Lieb, Nelson, Lachner et al. Early Developmental Stages of psychopathology (EDSP) München	Deutschland	DSM-IV	M-CIDI	1. Welle 1995	14-24	Proband	3021	1488 ungew. ungew. 1528 gew.	1533 ungew. 1493 gew.
8	Fergusson, Horwood, Woodward Christchurch Health Development Study (CHDS)	Neuseeland	DSM-III-R DSM-IV DSM-IV	DISC CIDI CIDI	Mitte 1977 jährlich bis 1993 1993 1995 1998	4 Monate bis 16 Jahre 15/ 16 Jahre 18 Jahre 21 Jahre psychiatrische Diagnostik nur für 14 bis 21 Jährige	Eltern & Lehrer Proband & Eltern Proband Proband	1265 983	630 ?	635 ?

Die graue Unterlegung markiert jeweils den Grund dafür, dass eine Studie nicht ausgewählt wurde.

In **Fettdruck** sind die beiden unter deutschsprachigen Studien doch ausführlicher betrachteten Studien dargestellt.

Nr.	Autor/ Studie	Land	Klassifikations- system	Instrument	Messzeitpunkte/ Jahr(e)	Alter in Jahren	Informant	n_ges	n_w	n_m
9	Ihle, Esser, Schmidt, Blanz, Reis, Meyer-Probst et al. Mannheim & Rostock	Deutschland	ICD-9 (1983 bzw. 1984)	MAI (Mannheim Adult Interview)	Mannheim: 1978 1983 1988 1995 Rostock: 1976 1980 1984 1990 1995	8 13 18 25 5-6 9-10 13-14 19-20 MW=24,6	Eltern Proband & Eltern Eltern Proband & Eltern	399 356 340 321 279 268 247 199 212	143	178
10	Milne, Garrison, Addy, McKeown, Jackson, Cuffe, Waller Southeastern US	USA	DSM-III	Screening CES-D (Depression) K-SADS C-GAS	1986-1989 3 Stichproben + Längsschnitt	12/13-15 (7.-9. Klasse)	Proband	3283	?	?
11	Rueter, Scaramella, Wallace, Conger 34 Schulen in Iowa	USA	DSM-III-R	CIDI	1989-92 (Jahr 1) 1994-95 (Jahr 7)	12/13 MW=12,7 (7. Klasse) MW=19,4	Proband	451	236	215
12	Reinherz, Giaconia, Carmola Hauf, Wasserman, Paradis Northeastern US	USA	DSM-III-R (Depression & Sub- stanzstörungen)	Simmons Behavior Checklist (SBCL) DIS-III-R (erst- mals mit 18)	1977-94 sechs Mess- zeitpunkte	Ersterhebung: 5 Jahre alt 1994 21 Jahre alt	Mutter (5; 9) Lehrer (6; 9) Pro- band (9; 21)	360	177	183
13	Polaino-Lorente, Domènech et al. Spanische Studie	Spanien	DSM-III (Depression, Dysthymie)	CDI Childrens Depression Rating Scale-revised (CHORS-R)	Januar-März 1985	8-11	Proband & Eltern & Mitschüler & Lehrer	6432	3085	3347

Die graue Unterlegung markiert jeweils den Grund dafür, dass eine Studie nicht ausgewählt wurde.

In **Fettdruck** sind die beiden unter deutschsprachigen Studien doch ausführlicher betrachteten Studien dargestellt.

Nr.	Autor/ Studie	Land	Klassifikations- system	Instrument	Messzeitpunkte/ Jahr(e)	Alter in Jahren	Informant	n_ges	n_w	n_m
14	Achenbach, Howell, McConaughy, Stanger National Sample Study	USA	DSM-III (Syndrome)	YASR YABCL ACQ-Behavior Checklist	1986 1992	13-16 16-19	Proband & Eltern Eltern	749	?	?
15	Cooper & Goodyer Cambridgeshire	Großbritannien	DSM-III-R (Depres- sion)	Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) stark gekürzte Fassung des DISC	?	11-16	Proband	1072 375	1072 375	0
16	Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, Andrews et al. Oregon Adolescent Depression Study (OADS)	USA	DSM-III-R	K-SADS	1. Erhebung: 1987, 88, 89 2. Erhebung 1 Jahr später	14-18 MW=16,6 (SD=1,2)	Proband	1710 1508	891 810	819 698

Die graue Unterlegung markiert jeweils den Grund dafür, dass eine Studie nicht ausgewählt wurde.

In **Fettdruck** sind die beiden unter deutschsprachigen Studien doch ausführlicher betrachteten Studien dargestellt.

Curriculum vitae - Lebenslauf

Name und Anschrift: Veneta Türke
Lößnitzer Straße 98
08280 Aue
Tel.: 03771-565681
e-mail: vtpraxis_aue@gmx.de

Geburtsdatum und -ort: 08. Juli 1973 in Rodewisch

Beruflicher Werdegang:

seit 2005	Psychotherapeutin in eigener Praxis
08/03 – 12/04	Psychologin an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am HELIOS-Klinikum Aue, Zusatzqualifikation zur Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen
08/03	Approbation als Psychologische Psychotherapeutin, Verhaltenstherapie bei Erwachsenen
04/02 – 07/03	Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der TU Dresden, Mitarbeit an einer Studie zur Evaluation verschiedener Therapieformen für Generalisierte Angststörung
09/01 – 03/02	Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der TU Dresden, Seminarleitung, Koordination der Lehrveranstaltungen der Klinischen Psychologie
02/00 – 08/01	Psychologin im Sächsischen Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Rodewisch
10/98 – 12/00	Wissenschaftliche Mitarbeiterin in den Public Health Projekten A4/ C7 an der TU Dresden „Gesundheit in Dresden“ & „Arzneimittelanwendung und Inanspruchnahmeverhalten bei jungen Frauen mit bzw. ohne psychische Erkrankungen“

Schulabschluss und Studium:

1996 - 1998	Fortsetzung und Abschluss des Studiums an der TU Dresden mit dem Diplom in Psychologie Schwerpunkte: Klinische und Pädagogische Psychologie Diplomarbeit in Klinischer Psychologie mit dem Thema: Sind Angststörungen im Kindesalter Prädiktoren für psychische Störungen im Erwachsenenalter?
04/98 - 07/98	Tutorin für das Klinisch-Diagnostische Praktikum
12/97 - 07/98	ehrenamtliche Mitarbeit beim Aufbau einer studentischen Beratungsstelle
10/97, 04/98	Tutorin für das Gesprächsführungspraktikum
06/96 - 10/96	Praktikum im Sächsischen Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Rodewisch
1995 - 1996	Studienaufenthalt an der University of Texas at Austin
02/95 - 03/95	Praktikum im Sächsischen Krankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bad Reiboldsgrün
1992 - 1995	Technische Universität Dresden, Fachrichtung Psychologie
1992	Abschluss der Erweiterten Oberschule „Geschwister Scholl“, Auerbach, mit dem Abitur